(7) Évaluation gériatrique : l'expérience canadienne

WRITINGS IN GERONTOLOGY

ÉCRITS EN GÉRONTOLOGIE

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Canada

L'évaluation gériatrique--l'expérience canadienne

Recueil de textes portant sur l'évaluation gériatrique au Canada

Textes par:

Dr Duncan Robertson

Dr David Gayton

Dr Christopher Patterson

Dr James L. Kirkland

et

Dr John A.H. Puxty

Mars 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le:

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Pièce 340
Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 957-1968

This publication is also available in English under the title:

"Geriatric Assessment--The Canadian Experience"

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H71-2/1-7-1989F
ISBN 0-662-95442-4

Autres titres de cette série:

1. L'impact économique du système de revenu de retraite du Canada, juillet 1983

2. L'adaptation au changement et le rôle de la famille pour les personnes âgées, juillet 1983

3. Vivre et faire vivre la vieillesse, août 1983

4. Aux prises avec la maladie d'Alzheimer : le défi et l'aide (tirage épuisé), janvier 1984

5. Transport : Options pour l'avenir. Questions reliées à la sécurité des conducteurs et des piétons âgés, janvier 1989

6. Les personnes âgées et la vie en hiver, février 1989

PRESENTATION DES TEXTES

		Page
Avant-propos		i
Préface		iii-vii
Textes:		

	Titre	Auteur	
1.	L'évaluation gériatrique spécialisée au Canada	Dr Duncan Robertson	1-24
2.	Principes de base et but de l'évaluation gériatrique	Dr David Gayton	25-46
3.	L'unité d'évaluation gériatrique type	Dr Christopher Patterson	47-70
4.	L'évaluation gériatrique vue sous un angle plus vaste	Dr James L. Kirkland	71-94
5.	Outils d'évaluation gériatrique	Dr John A.H. Puxty	95-118

Annexes

A.	Hôpitaux et centres hospitaliers canadiens offrant des services d'évaluation gériatrique	119-127
B.	Liste des participants à l'Atelier sur l'évaluation gériatrique, Ottawa, 25-26 septembre 1988	129-134

AVANT-PROPOS

La série des Ecrits en gérontologie a été créée dans le but de susciter des échanges d'idées sur des questions d'actualité qui portent sur la qualité de vie des aînés et ce qu'implique le vieillissement d'une population. Cette initiative rejoint un des objectifs du Conseil, soit de susciter les débats et disséminer de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil veille à ce que les textes présentés dans cette série donne des renseignements pertinents et utiles. La majorité des textes sont des manuscrits originaux. Certains peuvent être écrits par des employés du Conseil; d'autres, par des experts dans leur domaine.

Cette série vise les personnes âgées et les gens qui se préoccupent de leur mieux-être. Nous espérons que les lecteurs tireront profit des Ecrits.

Le Conseil invite vos commentaires sur les sujets choisis aussi bien que sur les documents eux-mêmes.

La directrice,

Susan Fletcher
Conseil consultatif national
sur le troisième âge

PREFACE

Au fur et à mesure que la population du Canada vieillit, le besoin de services d'évaluation gériatrique devient plus évident. On reconnait de plus en plus que divers facteurs environnementaux et sociaux de même que l'état mental et physique, affectent le bien-être et la santé des personnes âgées. L'évaluation gériatrique constitue une approche holistique à la santé des personnes âgées. Les professionnels de plusieurs disciplines travaillent en équipe avec la personne âgée afin de mieux comprendre la nature de ses problèmes de santé et de maximiser son autonomie.

Les textes qui suivent portent sur l'histoire de l'évaluation gériatrique au Canada, les modes particuliers de pratique et les méthodes courantes. Cet Ecrit résulte de l'Atelier sur l'évaluation gériatrique tenu à Ottawa, les 25 et 26 septembre 1988. L'Atelier était co-parrainé par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada (SBSC) et le Conseil. Nous aimerions reconnaître ici le travail de Pauline Chartrand, experte-conseil en soins de longue durée qui a rendu possible cette co-entreprise avec nous. Plusieurs autres personnes ont contribué à l'entreprise.

Le Conseil aimerait remercier tous les participants à l'Atelier qui nous ont donné de leur temps et de leur savoir, ainsi que les cinq gériatres qui ont répondu à la demande du CCNTA et

préparé les textes sur l'évaluation gériatrique. Des remerciements sincères sont dûs également au Dr William Dalziel, Chef de la gériatrie à l'Université d'Ottawa et Chef de l'Unité d'évaluation gériatrique à l'Hôpital Civic d'Ottawa, pour avoir bien voulu présider l'Atelier. Le Dr Michel Baron, Président de la Société canadienne de gériatrie, a aussi été un conseiller fort précieux. Abandonnant sa retraite--où les gériatres la commencent-elle jamais?--le Dr Jack MacDonell a gracieusement relu les cinq textes et fourni ses commentaires aux auteurs. Ces derniers sont:

Dr David Gayton, Directeur du Programme de gériatrie à l'Université McGill, membre associé de l'Ecole d'ergothérapie à la même université, et Directeur de la section de médecine gériatrique à l'Hôpital Royal Victoria. Il a reçu son doctorat de l'Université de Colombie-Britannique en 1970 et son diplôme de médecine à la même université, en 1976. Il a écrit plus de quinze textes dans le domaine du vieillissement et traité de sujets tels la prévision des résultats de l'hospitalisation de la personne âgée, la mise à l'essai d'équipes de consultation gériatrique dans les hôpitaux de soins aigus etl'hypertension chez les personnes âgées.

Dr James L. Kirkland, Médecin en chef du Programme régional de gériatrie de l'Université de Toronto. Directeur des

services gériatriques à l'Hôpital général de Toronto et Chef des services gériatriques de l'Hôpital Queen Elizabeth. Gradué de la même université, il a fait son internat à l'Hôpital général de Toronto de même que sa résidence en médecine interne. Il détient d'ailleurs un diplôme de médecine interne du American Board of Internal Medicine. Il est soit auteur ou co-auteur de nombreux textes sur le vieillissement et il a reçu plusieurs distinctions dont: le Dr W. Anderson Award (pour le développement de programmes d'enseignement), le Toronto Fund Award (pour la recherche post-graduée), le prix "Issei" en médecine et chirurgie, les bourses d'études "Dr Mitchell Kohan", "Walter F. Watkins", et le prix "Michael Levine", tous trois pour l'excellence en médecine.

Dr Christopher Patterson, Professeur-associé et chef de la médecine gériatrique, Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Il est aussi Chef des services gériatriques à l'Hôpital Chedoke-McMaster, à Hamilton (Ontario). Il a gradué à l'Ecole de médecine du Kings College, Université de Londres (Angleterre), en 1970. Ses intérêts de recherche comprennent les services de santé pour la personne âgée et divers aspects de l'endocrinologie, de la cognition et de la cardiologie. Il a écrit plus de 40 textes sur ces sujets.

Dr John A.H. Puxty, Chef du Programme d'évaluation gériatrique à l'Hôpital général d'Ottawa, Professeur associé de médecine à l'Université d'Ottawa et gériatre au Centre Elisabeth Bruyère et à l'Hôpital Civic d'Ottawa. Ses intérêts de recherche incluent l'épidémiologie des troubles cognitifs, le développement d'outils d'évaluation, les chutes chez la personne âgée, l'évaluation des services gériatriques et l'usage de l'informatique en éducation. Il a écrit amplement sur ces sujets. Il a été le récipiendaire du Frohlich International Visiting Professorship aux Etats-Unis en 1985.

Dr Duncan Robertson, expert-conseil en gériatrie exerçant à Victoria et à Calgary, et conseiller médical auprès du Senior's Drug Action Programme au Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Gradué en médecine de l'Université de Durham (Ecole de Médecine de Newcastle-on-Tyne), il a fait son internat à Ottawa et complété sa formation d'études graduées en médecine interne à l'Université Western Ontario. Il a publié des textes protant sur la cardiologie et la médecine gériatrique, contribuant notamment à la rédaction de plusieurs manuels en médecine gériatrique, pharmacologie, thérapie et organisation des soins de santé.

Finalement, le Conseil remercie le personnel du CCNTA et tout particulièrement Francine Beauregard, la Chef des Projets, de l'éducation et des communications, pour avoir mené ce projet à terme.

La présidente,

Charlotte Matthews, D.Ph.
Conseil consultatif national
sur le troisième âge

L'EVALUATION GERIATRIQUE SPECIALISEE AU CANADA

par

Dr Duncan Robertson

Mars 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIERES

Page

INTRODUCTION 3

MODELES CANADIENS D'UNITES D'EVALUATION GERIATRIQUE 5

1. INITIATIVES DU MINISTERE DES AFFAIRES DES ANCIENS COMBATTANTS 5

2. SERVICES GERIATRIQUES HOSPITALIERS POUR MALADES AIGUS 7

3. UNITES D'EVALUATION GERIATRIQUE 8

4. L'EVALUATION GERIATRIQUE DANS LES CENTRES GERIATRIQUES MULTINIVEAU 11

5. EQUIPES DE CONSULTATION GERIATRIQUE 13

6. SERVICES D'EVALUATION ET DE PLACEMENT 14

7. QUESTIONS LIEES A LA MAIN-D'OEUVRE SPECIALISEE 19

REFERENCES 23

INTRODUCTION

Je tiens d'abord à remercier le Conseil consultatif national sur le troisième âge d'avoir tenu cet atelier sur l'évaluation gériatrique. Nous avons ainsi l'occasion d'étudier les besoins sanitaires et sociaux particuliers des aînés frêles et invalides et les moyens à prendre pour y répondre. Bien qu'on m'ait chargé de faire l'historique des unités d'évaluation gériatrique au Canada, j'ai négocié une tâche moins limitative, c'est-à-dire une revue de l'histoire des services d'évaluation gériatrique spécialisée au Canada, puisque, dans certaines provinces, une évaluation gériatrique complète est faite par des organismes de services autres que les unités d'évaluation gériatrique des malades hospitalisés dans des hôpitaux d'aigus.

Comme les événements historiques ne se déroulent pas comme ils le devraient, le lecteur d'une étude historique devrait se rappeler que l'historien a pour tâche de corriger les anomalies et de consigner les événements tels qu'ils auraient dû se produire. Cela dit, les participants à la conférence ont été priés de rectifier les données et l'interprétation du document provisoire. A cet égard, je remercie les Drs Warren Davidson de Moncton et Jack MacDonell de Victoria, auparavant de Winnipeg, d'avoir bien voulu communiquer leurs précieux commentaires que nous avons incorporés dans le manuscrit révisé.

Ignatz Nascher, médecin new-yorkais et conférencier à l'Université Fordham, a inventé le terme "gériatrie" au tout début du siècle; or, c'est à la fin des années 30 et au début des années 40, en Grande-Bretagne, que la gériatrie a commencé à être exercée. Travaillant dans des salles de soins de longue durée d'un hôpital d'enseignement à Londres, le D^r^ Marjorie Warren a démontré pour la première fois que l'entrée directe dans des établissements de soins de longue durée n'était pas souhaitable et qu'elle menait inévitablement au placement insu des malades âgés.[1] Le D^r^ Warren a décrit un système d'évaluation exhaustive des malades fondé sur un diagnostic physique, mental et social complet. Ce n'est qu'après avoir défini le traitement et la réadaptation appropriés aux affections dépistées pendant la phase d'évaluation que des décisions étaient prises au sujet de l'opportunité du placement en établissement de soins de longue durée. Le D^r^ Warren a montré que de nombreux malades qui, au début, semblaient avoir besoin de soins prolongés dispensés en établissement pouvaient retourner vivre chez eux, dans la collectivité.

Le British National Health Service, fondé en 1948, prévoyait des services particuliers pour les aînés, et c'est grâce à cet appui statutaire que la gériatrie en Grande-Bretagne a graduellement étendu son activité à tous les aspects des soins aux personnes âgées, sauf les soins primaires. Une

évaluation complète avant le traitement et la réadaptation demeure la pierre angulaire des soins aux personnes âgées; dans l'exposé qu'elle donnait lors du Forum des organismes non gouvernementaux, dans le cadre de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, la British Geriatrics Society résumait la contribution de la gériatrie à la santé des personnes âgées:

> ... Il s'est établi, en matière de soins aux personnes âgées, une philosophie dont l'élément fondamental est l'évaluation complète de l'état physique, mental et social de chaque personne. Les malades ne restent plus sans soins à cause d'un pessimisme insu au sujet de l'issue de leur maladie. Au contraire, tous les moyens possibles sont pris pour ramener le malade âgé à un état de santé qui lui permettra de reprendre sa vie autonome chez lui.[2] (traduction)

MODELES CANADIENS D'UNITES D'EVALUATION GERIATRIQUE

1. INITIATIVES DU MINISTERE DES AFFAIRES DES ANCIENS COMBATTANTS

Au Canada, peu après la Seconde Guerre mondiale, des unités d'évaluation et de réintégration/réadaptation ont été mises sur pied dans chacun des districts du ministère des Affaires des anciens combattants au Canada. Ces unités avaient pour fonction première d'évaluer les capacités financières, sociales et professionnelles des anciens combattants de la Seconde Guerre

mondiale et de faire en sorte qu'ils puissent s'établir dans la collectivité. Plus tard, il a été constaté que les anciens combattants des autres guerres avaient des besoins dans ces trois domaines; bien sûr, des foyers pour anciens combattants avaient été construits pour loger les anciens combattants des guerres passées qui ne pouvaient subvenir à leurs besoins quotidiens. Ces foyers existaient avant que la Seconde Guerre n'éclate. A la fin de la guerre, il s'est agi d'évaluer les nouveaux candidats aux foyers pour anciens combattants. Lorsque le besoin de services de réintégration dans la collectivité pour les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale s'est mis à diminuer, le besoin d'aider les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale qui avançaient en âge et les vétérans de la Première Guerre mondiale qui étaient déjà âgés, s'est fait de plus en plus sentir. Par conséquent, un certain nombre d'unités d'évaluation et de réadaptation se sont consacrées à l'évaluation et à la réadaptation gériatriques des anciens combattants âgés.

Un des premiers services d'évaluation et de réadaptation à élaborer par la suite une gamme complète de services de soins gériatriques était établi à Winnipeg à l'hôpital Deer Lodge pour anciens combattants. Etant donné qu'à ce moment-là cet établissement était aussi un hôpital d'aigus réservé aux anciens combattants, la gamme de services offerts comprenait des soins pour malades aigus ainsi que des services d'évaluation et de

traitement gériatriques, des soins de longue durée en maison de repos et des soins prolongés à domicile, des soins gériatriques en hôpital de jour et des consultations externes. A la fin des années 60, des dispositions semblables étaient prises dans d'autres hôpitaux pour anciens combattants, soit l'hôpital Sunnybrook à Toronto et l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, près de Montréal. L'hôpital Westminster à London et l'hôpital Shaughnessy à Vancouver ont emboîté le pas dans les années 70.

2. SERVICES GERIATRIQUES HOSPITALIERS POUR MALADES AIGUS

Des services gériatriques hospitaliers pour malades aigus ont d'abord été mis sur pied au Toronto Western Hospital pour les résidents des centres d'accueil du Grand Toronto qui contractaient une affection aiguë. Un groupe de lits à usage médical a été réservé pour ces malades qui, une fois le traitement de l'affection aiguë et la réadaptation terminés, étaient aussitôt renvoyés au foyer d'où ils venaient.

Au début des années 70, une unité pilote d'évaluation et de réadaptation gériatriques a été installée au Health Science Centre à Winnipeg. Etablie par la suite de façon définitive, cette unité a été groupée avec une unité de séjour temporaire, d'une capacité d'environ vingt lits, pour les malades qui attendaient d'être transférés dans une maison de repos ou un

hôpital de soins de longue durée. En 1980, une unité de soins gériatriques pour malades aigus (de plus de 80 ans) a été aménagée à l'hôpital St. Paul's de Vancouver et reliée à l'unité de réadaptation gériatrique (surtout pour les personnes âgées) d'un hôpital d'aigus.

3. UNITES D'EVALUATION GERIATRIQUE

De ces premières réalisations au Canada, et de celles aux Etats-Unis où Williams élaborait le concept d'évaluation gériatrique au Monroe County Hospital à Rochester (New York), est issu le concept d'évaluation gériatrique tel qu'il est appliqué aujourd'hui. Un récent protocole d'accord des United States National Institutes of Health résume les avantages de l'évaluation gériatrique:

> Les données accumulées montrent de façon moyennement ou très sûre qu'une évaluation gériatrique complète est efficace lorsqu'elle est suivie d'une application continue du plan de soins qui en découle. Les milieux où l'efficacité a été démontrée hors de tout doute sont l'unité combinée d'évaluation et de réadaptation gériatriques et l'unité d'évaluation gériatrique pour malades hospitalisés.[3] (traduction)

A la fin des années 70, la Direction générale des services et de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada a publié des lignes directrices pour les unités gériatriques dans les hôpitaux et pour les hôpitaux de jour

dispensant des soins gériatriques;[4] une unité gériatrique dans un hôpital d'aigus, qui faisait également fonction d'hôpital gériatrique de jour et qui appliquait ces lignes directrices, a été mise sur pied au Canada, en Saskatchewan.[5] Au milieu des années 80, il y avait des unités d'évaluation gériatrique semblables aménagées dans des hôpitaux d'aigus à Montréal (Québec), à Hamilton, à Toronto et à Ottawa (Ontario) et à Saskatoon (Saskatchewan).

L'unité typique d'environ vingt lits pour l'évaluation gériatrique de malades aigus reçoit des malades directement de la collectivité, quoiqu'elle peut également admettre des malades transférés d'autres salles d'aigus. Les malades séjournent en moyenne trois semaines dans l'unité, période durant laquelle une évaluation multidisciplinaire est effectuée et un programme de soins et de réadaptation est mis en train. Les malades qui doivent être hospitalisés plus d'un mois peuvent être adressés à des programmes de réadaptation gériatrique (s'il y en a) ou poursuivre leur traitement et leur réadaptation dans un hôpital gériatrique de jour. L'hôpital gériatrique de jour ou le service d'évaluation de jour peuvent faire partie de l'unité d'évaluation ou être affiliés au service. Ceux-ci dispensent des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation semblables. Le plus souvent, l'hôpital de jour et le service pour malades hospitalisés recourent au même personnel médical

et, dans certains cas, le personnel infirmier, les thérapeutes et les travailleurs sociaux assurent une continuité des soins en s'occupant des malades avant ou après la sortie. L'utilité des unités d'évaluation gériatrique pour malades hospitalisés a été largement confirmée lors de la publication de l'étude de Rubenstein sur l'efficacité d'une unité semblable établie aux Etats-Unis.[6]

En Colombie-Britannique, en Nouvelle-Ecosse et à London, en Ontario, il y a des unités d'évaluation gériatrique qui fonctionnent à peu près de la même façon, mais qui sont installées dans des hôpitaux de soins prolongés. En Colombie-Britannique par exemple, des évaluations gériatriques sont faites dans cinq unités d'évaluation et de traitement de court séjour. Bien qu'elles n'aient pas le personnel nécessaire pour répondre aux besoins des malades aigus, ces unités dispensent néanmoins des services d'évaluation et de traitement aux personnes adressées par des évaluateurs de soins de longue durée et par des médecins de famille. Certaines unités d'évaluation et de traitement de court séjour font principalement des évaluations psychogériatriques et, dans toutes les unités, la population des malades est majoritairement composée de personnes souffrant de troubles mentaux, accompagnés ou non d'affections physiques.

4. L'EVALUATION GERIATRIQUE DANS LES CENTRES GERIATRIQUES MULTINIVEAU

Le centre Baycrest à Toronto est l'un des premiers centres gériatriques multiniveau à avoir été établi. Il fait des évaluations diagnostiques médicales de même que des évaluations fonctionnelles à plusieurs niveaux, depuis l'autonomie jusqu'aux soins en maison de repos. L'addition récente d'un établissement de soins pour malades chroniques, l'hôpital Baycrest, élargit la gamme des services offerts sur le campus, de sorte que les résidents âgés peuvent recevoir tout l'éventail de soins de longue durée dont ils ont besoin. Grâce aux unités de soins concentrés et de convalescence à l'hôpital Baycrest, la nécessité de transférer des malades "en dehors du campus" est réduite au minimum. Les résidents qui ont besoin de soins infirmiers concentrés mais non de soins médicaux intensifs peuvent être admis au centre et servis sans avoir à être transférés dans un hôpital d'aigus. En outre, l'assignation croisée de médecins à des hôpitaux d'aigus crée un contact entre ces hôpitaux et le centre.

A l'Hôpital général de Saint-Boniface (Manitoba) et à l'Hôpital général d'Edmonton (Alberta), les pavillons de soins auxiliaires ou prolongés nouvellement construits qui sont rattachés aux hôpitaux d'aigus ont été transformés en services

complets de gériatrie. Inauguré en juin 1974, le service de gériatrie de l'Hôpital général de Saint-Boniface offrait plusieurs services, dont des soins progressifs aux malades, l'entretien, la réadmission intermittente, la relève pendant les vacances et la relève sociale, un hôpital de jour, des soins aux malades en phase terminale et des soins palliatifs.[7] Le développement des services gériatriques et le recrutement de nouveaux spécialistes en gériatrie ont mis en lumière l'importance des services de gériatrie pour malades aigus; c'est pourquoi les spécialistes en gériatrie dispensent aujourd'hui ces services d'évaluation gériatrique aux consultants externes dans des hôpitaux de jour et des cliniques d'approche, ainsi que des services d'évaluation aux malades hospitalisés dans le cadre de consultations ou par la participation dans des unités d'enseignement médical axé sur les soins aux malades aigus. L'évolution a été à peu près la même à l'Hôpital général d'Edmonton, où le service de gériatrie avait d'abord été installé dans un centre gériatrique adjacent à un hôpital d'aigus. Les spécialistes en gériatrie offrent aujourd'hui un service de consultation aux malades aigus, assurant ainsi une liaison entre le service de gériatrie et les hôpitaux d'aigus. Lorsque ce service prendra de l'expansion, les malades susceptibles de profiter de soins de réadaptation au centre gériatrique seront recherchés soit dans la collectivité, soit dans les unités de soins pour malades aigus et transférés, s'il y a lieu, au centre

gériatrique pour y recevoir des services de traitement et de réadaptation avant d'être renvoyés chez eux ou dans un établissement.

5. EQUIPES DE CONSULTATION GERIATRIQUE

Il a été proposé d'établir des équipes de consultation gériatrique comme complément ou ressource de remplacement des unités d'évaluation gériatrique. Plusieurs équipes de ce genre ont été mises sur pied dans des centres nord-américains, surtout aux Etats-Unis. Normalement, l'équipe de consultation gériatrique se compose d'un médecin, d'une infirmière, d'un travailleur social et (ou) d'un thérapeute qui, par voie d'aiguillage ou suivant des critères de triage, donnent leur avis et font des arrangements de service pour les malades âgés dans les unités médicales et chirurgicales. Deux rapports d'équipes canadiennes de consultation gériatrique ont été publiés dernièrement.[8,9] Dans le cas d'une étude[8] qui n'a pas réussi à révéler des écarts importants entre les sujets malades et les sujets témoins au niveau du résultat mesuré, il a été signalé que la situation était peut-être attribuable à des questions opérationnelles. Les services de consultation gériatrique ne visaient pas particulièrement les aînés à risque élevé, mais s'adressaient à tous les malades de 70 ans ou plus. Il se peut que les écarts cliniques et statistiques importants entre les

résultats obtenus chez les personnes très âgées, frêles et handicapées aient été masqués par les écarts minimes entre les résultats obtenus chez d'autres sujets qu'on ne s'attendrait pas à voir profiter d'une évaluation et d'un traitement gériatriques complets. Suite à cette étude, des efforts particuliers ont été déployés pour tenter de savoir quels sous-groupes gagneraient à recevoir des services d'évaluation et de réadaptation gériatriques.

Malgré la recommandation contenue dans le rapport de l'AMC sur les soins de santé pour les aînés,[10] selon laquelle l'évaluation des besoins d'une personne âgée devrait se faire à son domicile même, peu de données prouvent l'efficacité de l'évaluation gériatrique faite uniquement dans la collectivité ou parallèlement à une évaluation gériatrique en établissement de jour ou en établissement pour malades hospitalisés. Le service gériatrique d'Ottawa est sur le point d'entreprendre des évaluations d'équipe auprès des malades âgés dans la collectivité, et l'on attend avec impatience l'appréciation de l'expérience menée par ces équipes d'approche.

6. SERVICES D'EVALUATION ET DE PLACEMENT

L'évaluation gériatrique systématique avant le placement en établissement de soins de longue durée s'est faite de plusieurs

façons au Canada. Dans presque toutes les provinces, le médecin qui dispense des soins primaires ou adresse le malade doit remplir un rapport médical avant que le malade ne puisse être admis dans un établissement de soins de longue durée. Dans certaines régions, des comités de triage ont été crées pour examiner les rapports médicaux soumis par les médecins traitants ou par d'autres professionnels de la santé. Parfois, les comités de triage exigent des renseignements supplémentaires ou une consultation avant de prendre une décision au sujet du placement. Le premier service d'évaluation régional de ce genre a été mis sur pied à Hamilton-Wentworth dans les années 70 et a fait l'objet d'un rapport de Bayne et Cayhill.[11]

Dans les province où le modèle d'accès unique aux services de soins de longue durée dispensés dans la collectivité ou en établissement a été adopté, des évaluateurs dans la collectivité (habituellement des infirmières et des travailleurs sociaux) font des évaluations de triage en vue de dépister sans tarder les personnes qui doivent recevoir des services gériatriques en situation d'hospitalisation ou de consultation externe, et ce, à un stade où l'invalidité est peut-être réversible et le fardeau pour les fournisseurs de soins communautaires n'a peut-être pas atteint un point critique.

Le Manitoba a exploité davantage ce modèle en mettant sur pied un "système de jury". L'évaluateur communautaire ou hospitalier de soins de longue durée qui recommande le placement d'une personne en établissement doit expliquer les motifs cliniques d'une telle recommandation devant un jury. Le jury qui examine la nécessité du placement en établissement réunit des experts qui connaissent bien les ressources locales et les besoins des personnes âgées. Dans les grandes agglomérations, le jury comprend des médecins qui ont des compétences en gériatrie. De cette manière, la décision d'admettre un malade à des soins en établissement est pesée à un moment où les problèmes remédiables peuvent être décelés et les dispositions nécessaires prises. En adressant le malade à des services d'évaluation et de traitement, on peut retarder ou même éviter le placement en établissement.

L'évaluation avant la prestation de services de soins de longue durée peut être définie comme un processus à plusieurs étapes. La première étape de l'évaluation consiste en une revue des documents fournis et des renseignements médicaux et fonctionnels réunis par un "évaluateur". Dans les cas où la nécessité de soins en établissement est incontestable, la décision de placement en établissement est prise sans qu'un gériatre ne fasse un examen clinique direct. Le médecin particulier du malade fournit des données médicales. Lorsque, à

la première lecture de la documentation, les antécédents du malade ou du candidat laissent entrevoir des problèmes remédiables possibles ou que des indicateurs du risque élevé sont signalés, des questions sont posées au médecin traitant ou à d'autres professionnels de la santé participant à la prestation de soins au malade; c'est la deuxième étape de l'évaluation. Cela peut prendre la forme de propositions d'enquête, de consultation ou de traitement, et les décisions concernant le besoin d'admission dans un établissement de soins de longue durée peuvent être retardées jusqu'à ce que les renseignements demandés soient fournis. Une partie seulement des cas étudiés passent à la troisième étape d'évaluation. A ce stade, l'évaluateur du besoin de soins de longue durée ou encore un jury qui examine le cas recommande au médecin traitant d'adresser le malade à des services gériatriques ou psychogériatriques spécialisés aux fins d'évaluation et de traitement avant qu'une décision ne soit rendue au sujet de la nécessité de dispenser des services communautaires de soins prolongés ou d'admettre le malade dans un établissement de soins de longue durée.

Jusqu'à présent, peu de progrès ont été accomplis pour ce qui est de faire correspondre les ressources d'évaluation gériatrique au besoin de telles ressources à l'intérieur d'une population définie. La publication, en Ontario, des Guidelines for Establishment of Regional Geriatric Programs constitue une

première tentative en ce sens.[12] De dix à quinze pour cent environ des personnes âgées peuvent profiter de services spécialisés d'évaluation gériatrique, et les lignes directrices en question recommandent que des programmes soient mis sur pied pour servir des populations cibles d'environ 30 000 à 50 000 personnes âgées de 65 ans ou plus.

Lorsque ces lignes directrices seront appliquées, on devrait constater que la structure d'âges au sein de la population des aînés influe considérablement sur le nombre de personnes qui pourraient être adressées avec raison à des services gériatriques. Proportionnellement, un plus grand nombre de personnes très âgées (de 80 ans ou plus) peuvent profiter d'une évaluation et d'un traitement gériatriques complets que les aînés moins âgés; par conséquent, il faudrait prévoir les besoins des différents groupes d'âge au sein de la population des aînés pour que des ressources régionales suffisantes puissent être établies. Les lignes directrices susmentionnées proposent que les services gériatriques régionaux se composent d'équipes d'approche multidisciplinaire, de consultations externes, d'hôpitaux de jour et de lits d'hospitalisés prévus spécialement pour une évaluation gériatrique.

Il n'est pas certain si les services gériatriques régionaux devraient gérer les services d'évaluation et de placement qui offrent aux personnes âgées un accès unique aux installations et programmes de soins de longue durée, ou s'ils devraient faire fonction de ressources cliniques auprès des services d'évaluation et de placement. Là où il y a un système d'accès unique et que ce système est bien géré, le programme régional de gériatrie peut se concentrer sur sa fonction première, c'est-à-dire la prestation de services complets d'évaluation, de traitement et de réadaptation gériatriques. Là où les services d'évaluation et de placement sont inexistants ou mal organisés, le service gériatrique promoteur doit absolument jouer un rôle de direction dans l'élaboration de services de ce genre.

7. QUESTIONS LIEES A LA MAIN-D'OEUVRE SPECIALISEE

L'aîné qui a une seule maladie ou un seul problème de système dont les services de soins de santé existants peuvent s'occuper efficacement n'a pas besoin d'être adressé par quelqu'un pour obtenir une évaluation gériatrique complète. Les malades qu'il convient d'adresser à des services d'évaluation gériatrique sont les "aînés frêles". Les malades ont souvent des troubles de santé multiples, tant physiques que mentaux, et dans bien des cas, ils dépendent d'autres personnes pour continuer à survivre dans la collectivité. Les possibilités

qu'ils ont de rester chez eux sont souvent précaires, car une détérioration de leur état de santé, une perte d'autonomie ou une diminution, chez les personnes qui en prennent soin, de la capacité ou de la volonté de continuer à leur donner des soins au sein de la collectivité aboutit fréquemment à l'admission dans un hôpital d'aigus et (ou) à une demande de placement en établissement de soins de longue durée.

Les services gériatriques spécialisés ne visent pas à dispenser des soins primaires aux personnes âgées, même à celles qui sont frêles; ils veulent plutôt appuyer le médecin de famille aux niveaux de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la réadaptation et de la prestation de soins prolongés à ses malades âgés.

L'évaluation rapide et compétente des variables physiques, mentales et sociales qui influent sur la santé et le fonctionnement des aînés frêles permet de connaître les causes de maladie et de dysfonctionnement auxquelles on pourra peut-être remédier. L'évaluation est souvent suivie de programmes spécialisés qui ont pour but de rétablir le fonctionnement et d'alléger le fardeau du fournisseur de soins de manière à empêcher un long séjour insu à l'hôpital et le placement en établissement.

La faible disponibilité des gériatres est un important obstacle à l'évaluation gériatrique à grande échelle. Il n'est pas rare que le gériatre consacre une heure et demie ou plus à la première consultation avec le malade, en plus du temps qu'il lui faut peut-être passer à interroger des membres de la famille et des fournisseurs de soins, à étudier les fiches médicales, à assister à des conférences sur des cas, à rédiger des rapports et à communiquer avec le médecin traitant et d'autres professionnels--sans parler des fonctions d'enseignement et d'administration qui prennent elles aussi une partie du temps du gériatre. Étant donné que les professionnels d'autres disciplines sont habituellement plus nombreux, c'est la disponibilité réduite du médecin qui limite le nombre d'évaluations gériatriques que l'équipe peut faire. Ces réalités sont lourdes de conséquences aux points de vue du développement de main-d'oeuvre spécialisée et du remboursement; il faut en effet régler ces questions pour pouvoir établir un système qui dispense aux aînés frêles des soins cliniquement appropriés et efficaces par rapport au coût.

L'auteur reconnaît avoir omis deux sujets au moins, dans ce bref aperçu de la naissance et de l'évolution de l'évaluation gériatrique spécialisée au Canada. Le premier est l'évaluation géropsychiatrique faite en dehors du cadre de l'évaluation gériatrique complète. Le lecteur trouvera un article d'actualité

sur l'évaluation géropsychiatrique dans une publication récente de la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada.[13] Le deuxième sujet omis est le rôle que jouent les hôpitaux gériatriques de jour, les cliniques gériatriques spéciales et les équipes d'action directe au Canada dans la prestation de services d'évaluation gériatrique aux malades externes. Peu importe le moyen par lequel des services d'évaluation gériatrique sont dispensés, les questions fondamentales demeurent les mêmes, c'est-à-dire l'évaluation complète de la santé physique et mentale et des capacités fonctionnelles et locomotrices, les question d'ordre social et les questions relatives aux fournisseurs de soins.

REFERENCES

1. Warren M. Care of the Chronic Aged Sick. Lancet, 1946;1:841-843.

2. British Geriatric Society. Submission to Forum on Non-Governmental Organizations. Assemblée mondiale sur le vieillissement, Vienne, Autriche, Avril 1982.

3. Geriatric Assessment. Methods for Clinical Decision Making. National Institutes of Health, Consensus Development Conference Statement, 1987;6:N° 13.

4. Unités de gériatrie dans les hôpitaux. Hôpitaux de jour pour personnes âgées. Guide. Rapport du Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux. Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Ottawa, 1979.

5. Robertson D, Christ LWAC, Stalder LJ. Geriatric Assessment Unit in a Teaching Hospital. Canadian Medical Association Journal, 1982;126:1060-1064.

6. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Eng J Med, 1984;311:1664-1670.

7. Skelton D. The Department of Geriatric Medicine in a Canadian Teaching Hospital, Part II. Modern Medicine of Canada, 1978;33:1783-1788.

8. Gayton et al.

9. Hogan DB, Fox RA, Badley BWD et al. Effect of a Geriatric Consultation Service on management of patients in an acute care hospital. Can Med Assoc J, 1987;136:713-717.

10. Association médicale canadienne. Les soins de santé pour gens âgés. Les défis d'aujourd'hui, les solutions pour demain. AMC, Ottawa, 1987.

11. Bayne R, Cayhill J.

12. Ministry of Health, Ontario. Guidelines of the Establishment of Regional Geriatric Programs. Toronto, 1987.

13. Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Division de la Santé mentale, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Ottawa, 1988.

PRINCIPES DE BASE ET BUT DE L'EVALUATION GERIATRIQUE

par

Dr David Gayton

Mars 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	27
PREVENTION PRIMAIRE	28
PREVENTION SECONDAIRE-RECHERCHE DE CAS	30
QUI A BESOIN D'UNE EVALUATION GERIATRIQUE?	33
BUT DE L'EVALUATION GERIATRIQUE	35
L'EQUIPE D'EVALUATION	36
LE LIEU D'EVALUATION	37
L'EVALUATION GERIATRIQUE EST-ELLE EFFICACE?	38
COORDINATION ET MISE EN OEUVRE	42
RESUME	46

INTRODUCTION

Dans le passé, la médecine était essentiellement axée sur la maladie. Cette optique s'est révélée très efficace et a permis de réaliser des progrès spectaculaires. En termes simples, il s'agissait de diagnostiquer la maladie et d'appliquer le traitement approprié. La pneumonie répond habituellement bien à ce type d'intervention, quel que soit l'âge du patient. Malheureusement, l'approche médicale traditionnelle est souvent inefficace lorsque le patient est une personne âgée fragile. La personne peut avoir des réserves organiques limitées et une faible tolérance à toute forme de stress, et en général, elle souffre de plusieurs maladies chroniques. Cerner et diagnostiquer le problème peut être un processus complexe qui exige le concours de plusieurs disciplines. La guérison peut être impossible. La capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne et des fonctions sociales plus complexes est amoindrie, et la récupération ou le maintien du niveau fonctionnel devient alors un objectif primordial. Le niveau fonctionnel doit être examiné à la lumière du milieu social et physique du patient. D'où la nécessité de mettre au point l'évaluation gériatrique complète décrite par Duncan Robertson.

Notre vision de l'évaluation gériatrique s'inspire largement de celle des gériatres britanniques. Cette optique, que le professeur Williamson d'Edimbourg a parfaitement décrite dans

ses travaux, est vaste; elle présente l'évaluation gériatrique, non pas simplement comme une démarche qui se déroule dans une unité particulière mais, comme l'une des fonctions d'un service de gériatrie complet qui ne peut lui-même être dissocié du reste des services sociaux et de santé. Plus récemment, des gériatres américains se sont penchés sur l'évaluation gériatrique et en particulier sur les diverses composantes du service de gériatrie et de l'évaluation gériatrique. Le fait de se concentrer sur les arbres plutôt que sur la forêt est peut-être inévitable dans un pays où l'infrastructure sanitaire ne se prête pas facilement à la mise sur pied de services de gériatrie complets. Notre réseau médico-hospitalier se rapproche plus de celui de la Grande-Bretagne, et il a permis une expansion rapide des services gériatriques au cours des vingt dernières années. Cela dit, et du fait que le terme "principes de base" figure dans le titre de ce document, je me propose d'appréhender la question dans son ensemble et de considérer plusieurs points qui ont une incidence indirecte mais importante sur l'évaluation gériatrique. D'autres participants traiteront des aspects particuliers.

PREVENTION PRIMAIRE

Bon nombre des maux qui nous affligent dans le grand âge commencent bien avant la vieillesse. Nous commençons en effet à vieillir le jour même de notre conception. De nombreuses

maladies qui rendent la personne âgée invalide sont largement dues au mode de vie qu'elle avait pendant l'âge adulte, à savoir son alimentation, sa consommation d'alcool et de tabac et ses habitudes d'exercice. La baisse du taux de mortalité dû aux accidents vasculaires cérébraux qui a été observée au cours des dernières années est probablement en partie attribuable à des changements de mode de vie de notre société. Bien que cela n'ait pas été prouvé, il est également possible d'envisager une réduction de la morbidité due à ces maladies qui sont courantes chez les personnes âgées.

Nombre de personnes conservent leur vitalité à un âge très avancé. Il est probable que les exercices réguliers contribuent à accroître cette vigueur. Nous devons maintenant trouver des stratégies analogues pour faciliter le maintien de la lucidité. Grâce à ces stratégies, nous pourrions espérer réaliser ce que James Fries décrit comme une compression de la morbidité en fin de vie.

L'autonomie dans la vieillesse exige plus que de la vitalité et de la lucidité. Les obstacles sociaux, économiques et inhérents au milieu doivent être prévus, évités ou supprimés si possible. Finalement, en tant qu'individus, que professionnels de la santé et que membres de la société, nous devons envisager la possibilité que la personne souffrira d'incapacités graves à

la fin de sa vie, afin qu'elle puisse avoir une certaine prise sur son existence à une période où le contrôle immédiat reste très limité.

Les stratégies de prévention de cette nature n'en sont qu'à leurs premiers balbutiements. Il nous faut les développer et les promouvoir si nous voulons prévenir ou résoudre les problèmes qui nous obligent à recourir à l'évaluation gériatrique complète.

PREVENTION SECONDAIRE--RECHERCHE DE CAS

Il est important de déceler toute diminution des capacités fonctionnelles de la personne âgée à un stade précoce, lorsqu'il est encore possible de ralentir, d'arrêter ou d'inverser le processus. Trop souvent, la personne âgée n'est adressée au service de gériatrie que lorsque ses capacités fonctionnelles sont si sérieusement réduites que la réadaptation est impossible ou extrêmement lente. Trop souvent, la personne nous est adressée non par un professionnel de la santé mais par un parent, un ami ou un voisin.

La recherche de cas chez les personnes âgées à risque devrait se faire au niveau des soins de santé primaires. Malheureusement, elle se déroule souvent dans des conditions qui

sont loin d'être idéales. Cela n'a rien d'étonnant. En effet, nous avons constaté qu'à Montréal, chez les patients de 70 ans et plus qui étaient hospitalisés d'urgence, un tiers n'avaient pas de médecin traitant. Un grand nombre étaient plus ou moins confinés à la maison et étaient incapables de trouver un médecin pour les visiter à domicile. Quarante pour cent sont décédés dans les six mois suivants. Même lorsqu'une personne âgée a un médecin régulier, elle peut souffrir de troubles importants qui ne sont pas décelés. Cela peut être en partie imputable au fait que les médecins passent moins de temps en consultation avec leurs patients âgés qu'avec les autres patients.

D'après mon expérience, la recherche de cas s'améliore sensiblement à mesure que les services de soins à domicile prennent de l'ampleur. En outre, le dépistage précoce s'avère encore plus efficace lorsque ces services travaillent en étroite collaboration avec les médecins de premier recours. Malheureusement, ce n'est pas souvent le cas. Au centre-ville de Montréal, les services de soins à domicile en sont venus à recruter leurs propres médecins pour combler les nombreuses lacunes dans les services.

La recherche de cas doit viser les populations à risque élevé, sinon elle est peu rentable et probablement inefficace.

Le professeur Williamson propose les groupes à risque élevé suivants :

1. Les personnes très âgées, en particulier celles qui vivent seules.
2. Les personnes dont le conjoint est décédé récemment, en particulier celles qui n'ont pas de parents pour les aider.
3. Les personnes qui souffrent d'affections chroniques incapacitantes telles que l'arthrite, un accident vasculaire cérébral, la démence ou la dépression.
4. Les personnes qui viennent de quitter l'hôpital. Trente pour cent seront hospitalisées de nouveau dans les six mois.
5. Les personnes qui ont récemment changé de logement.

La personne chargée de faire la recherche des cas doit avoir facilement accès aux ressources qui peuvent intervenir, telles que le service de gériatrie.

Les initiatives destinées à améliorer la recherche de cas devraient viser à :

1. Fournir des soins primaires aux personnes âgées, y compris des soins à domicile, au besoin.

2. Sensibiliser davantage les prestateurs de soins principaux aux problèmes particuliers des personnes âgées et aux signes de danger qui doivent commander une intervention rapide.
3. Favoriser la coordination entre les médecins de premier recours, les dispensateurs de soins à domicile et les services de gériatrie.

QUI A BESOIN D'UNE EVALUATION GERIATRIQUE?

De la discussion qui précède, il ressort que l'évaluation gériatrique est une notion très large qui doit être appliquée largement. Je me propose maintenant de me pencher sur l'évaluation gériatrique en tant qu'intervention qui a lieu dans un service de gériatrie. Etant donné que les services de gériatrie ont une capacité limitée, il est bon de tenter de cibler les populations qui sont les plus susceptibles de profiter de cette intervention.

L'âge ne devrait pas être un facteur d'exclusion. Bien que les personnes très âgées (plus de 80 ans) constituent l'essentiel de la clientèle des services de gériatrie, d'autres personnes souffrant d'incapacités peuvent bénéficier de l'évaluation gériatrique. (En effet, les personnes qui s'occupent des

victimes du SIDA ont beaucoup à apprendre de notre démarche.) Voici les types de cas qui devraient faire l'objet d'une évaluation gériatrique :

1. Les personnes qui connaissent une baisse de leurs capacités fonctionnelles, plus particulièrement une réduction de leurs activités de la vie de tous les jours. Toute nouvelle chute, de même que l'apparition d'une incontinence ou de signes de confusion commandent une action rapide. Ceux dont la condition physique est "stable" mais qui souffrent d'incapacités mentales et qui n'ont pas déjà été évalués doivent au moins faire l'objet d'un examen, car il peut être possible d'améliorer leur état.
2. Les personnes qui passent à un niveau plus élevé de soins, en particulier celles qu'on envisage de faire admettre dans un foyer de soins infirmiers ou dans un hôpital pour malades chroniques.
3. Les personnes admises dans un hôpital de soins actifs. Jusqu'à 25 % de ces patients âgés de plus de 75 ans souffrent de problèmes qui se prêtent à une évaluation gériatrique. Presque tous les patients âgés souffrant de fractures et admis dans les unités de soins orthopédiques ont besoin d'une évaluation semblable.
4. Les patients admis à plusieurs reprises en salle d'urgence, en particulier les cas de polypharmacie.

Cette liste n'est pas exhaustive et j'ai un important ajout à lui faire. Dans les études de l'efficacité de l'évaluation gériatrique, les patients souffrant de démence ou en phase terminale de leur maladie sont souvent exclus parce que leur condition est irréversible. Cela ne doit pas nous porter à conclure que leur condition ne se prête pas à une évaluation gériatrique simplement du fait qu'on ne peut s'attendre à des résultats positifs.

BUT DE L'EVALUATION GERIATRIQUE

Dans l'énoncé des objectifs du service de gériatrie, le professeur Williamson décrit également le but général de l'évaluation gériatrique qui est de (traduction) "permettre aux personnes âgées de maintenir un niveau optimal de santé, de bien-être et d'autonomie et de faire en sorte qu'elles conservent un contrôle maximal sur leur mode de vie en bénéficiant des mêmes possibilités de choix que les autres adultes de la société".

L'évaluation commence par l'étude des besoins du patient sur les plans de la santé, de ses fonctions physiques, mentales et sociales et de l'environnement. La famille fait partie intégrante de cette évaluation. Celle-ci doit ensuite déboucher sur un plan d'action permettant de fournir ou d'assurer le

traitement, la réadaptation, les soins primaires, la coordination des cas et l'utilisation appropriée des ressources. Le patient, sa famille et tous les autres dispensateurs de soins doivent souscrire volontairement au plan d'action. Sinon, il est voué à l'échec.

L'EQUIPE D'EVALUATION

L'évaluation gériatrique exige habituellement la participation de professionnels de nombreuses disciplines. L'équipe de base doit avoir la compétence et l'enthousiasme nécessaires pour traiter les personnes âgées et être composée d'une infirmière, un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un médecin et, si possible, un psychiatre. Bien que l'on reconnaisse généralement que l'équipe pluridisciplinaire est l'élément clé de l'évaluation gériatrique et des soins, son intervention demeure coûteuse et il conviendrait de faire des recherches plus poussées afin de l'exploiter le plus efficacement possible. L'équipe de base a besoin d'avoir accès à tous les services diagnostiques et aux spécialistes dans d'autres domaines tels que la nutrition, l'orthophonie, l'audiologie, la dentisterie, l'ophtalmologie, l'urologie, la neurologie et l'orthopédie. Pour cette raison, l'équipe devrait travailler

dans un hôpital général. Il faut prendre soin de faire participer la famille, d'autres dispensateurs de soins et des professionnels de premiers soins à l'évaluation.

LE LIEU D'EVALUATION

La question du lieu où doit se dérouler l'évaluation gériatrique sera traitée en détail par d'autres participants. Il est important que l'équipe possède la souplesse nécessaire pour évaluer la personne âgée dans pratiquement n'importe quel milieu: unité gériatrique spéciale, autres unités hospitalières, hôpital de jour, salle d'urgence, clinique, établissement de soins prolongés, etc. Peu d'évaluations de patients vivant dans la communauté sont complètes sans une évaluation du sujet à son domicile. Cela doit garantir que l'évaluation est adaptée au patient et non vice versa et, en assurant un continuum de services au sein du service de gériatrie, on devrait ainsi éviter d'avoir recours à des mesures disproportionnées. Par exemple, l'hospitalisation dans une unité d'évaluation d'un patient pouvant être évalué dans un hôpital de jour est probablement un gaspillage de ressources et peut-être risqué. De la même façon qu'elle doit être souple, l'équipe doit également intervenir rapidement pour répondre aux besoins du patient. Les listes d'attente nuisent au bon fonctionnement des services de gériatrie et ont des effets catastrophiques pour le patient.

L'évaluation gériatrique en région rurale pose un problème particulier. Malheureusement, les gériatres sont peu nombreux et passent la plupart de leur temps en milieu urbain et universitaire. Plusieurs projets pilotes sont en cours au Manitoba, en Nouvelle-Ecosse et dans le nord de l'Ontario; il conviendrait de les observer attentivement.

L'EVALUATION GERIATRIQUE EST-ELLE EFFICACE?

La réponse simple à cette question est "oui". La réponse plus complexe est "peut-être". Plusieurs points doivent être considérés, notamment :

1. Les études descriptives de l'évaluation gériatrique sont toutes positives, ce qui n'est pas surprenant. Mais, à mesure que le plan d'étude devient plus rigoureux, les résultats deviennent plus mitigés. Cela tient peut-être moins à la valeur de l'évaluation gériatrique qu'aux limites du plan d'étude lorsqu'il s'agit de mesurer un processus aussi complexe.
2. Nombre des résulats souhaités, tels que la qualité de vie, l'absence de souffrance ou la satisfaction du patient ou de sa famille, ne sont pas facilement ou souvent mesurés.

3. Toutes les études rendent compte des conditions locales et très peu, voire aucune, ne sont universellement applicables. Les résultats peuvent être largement influencés par la nature du système dans lequel s'est déroulée l'intervention, par la qualité des autres solutions possibles (la concurrence) et par la capacité ou l'incapacité du groupe d'étude d'utiliser d'autres ressources qui pourraient aider leurs sujets. La probabilité de résultats négatifs est plus élevée lorsque l'intervention étudiée a lieu en dehors d'un continuum de soins gériatriques. Les embûches sont nombreuses.
4. Les études négatives sont plus susceptibles de ne pas être publiées ou de rester dans l'ombre que les études positives.

Malgré ces problèmes, il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité de l'évaluation gériatrique. Les résultats positifs sont énumérés ci-après selon un ordre qui, de l'avis de l'auteur, témoigne de la solidité (par ordre décroissant) des preuves à l'appui :

1. Nombre accru de diagnostics. Cela n'équivaut pas à "diagnostic plus exact", comme on le prétend souvent, et ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de la prise en charge.

2. Survie prolongée. C'est là un facteur facilement mesurable et qui se manifeste constamment. Autre point important à signaler, la prolongation de la vie ne s'accompagne pas d'une utilisation accrue des lits d'hôpitaux ni de façon générale d'une baisse de la capacité fonctionnelle.
3. Utilisation accrue des services à domicile. Ce résultat devrait être facilement atteignable si l'équipe d'évaluation a accès à des services de soins à domicile suffisants; ce ne fut probablement pas le cas dans de nombreuses études. Il faut toutefois noter la possibilité d'une augmentation des coûts globaux.
4. Baisse du taux d'occupation de lits d'hôpitaux de soins actifs. Ce résultat est hautement souhaitable, mais il a besoin d'être confirmé. Certaines études ont indiqué qu'il y avait une augmentation du taux d'occupation de lits d'hôpitaux, mais c'est un risque auquel il faut faire face dans toutes les études de ce type car on peut découvrir des cas qui n'étaient pas signalés dans le passé.
5. Baisse du taux d'utilisation des lits de foyers de soins infirmiers. Il s'agit à nouveau d'un point qui demande confirmation en raison du nombre élevé d'études qui ont révélé à ce sujet des résultats "négatifs". Ce résultat, en particulier, dépend des conditions locales et de la définition des divers niveaux de soins en établissement à chaque endroit.

6. Réduction des coûts des soins médicaux. Tout le monde souhaite tellement voir cet objectif se réaliser que la comptabilité des coûts devient souvent un exercice très fantaisiste. Certaines études ont montré que les coûts augmentaient. Il s'agit réellement de savoir si les points 2 et 3 ci-dessus peuvent être compensés par les points 4 et 5.
7. Amélioration de la capacité fonctionnelle. Le manque de résultats dans ce domaine est décevant. Orienter la population vers les services appropriés peut poser des problèmes. Si l'évaluation améliore la survie sans baisse de la capacité fonctionnelle moyenne, il y a donc augmentation de la capacité fonctionnelle globale de la population.
8. Amélioration de la cognition et de l'affect. Les équipes d'évaluation s'occupent principalement des problèmes cognitifs irréversibles et s'attendent rarement à voir une amélioration. L'affect est plus difficile à mesurer et n'a pas été examiné attentivement dans le cadre de l'évaluation gériatrique.

Il est probable que l'évaluation gériatrique est plus efficace lorsque le traitement et la réadaptation du patient sont confiés à l'équipe qui a fait l'évaluation.

En termes pratiques, il semblerait que l'évaluation gériatrique ait acquis droit de cité. Nous la pratiquons tous avec enthousiasme. Entreprendre d'autres essais comparatifs très coûteux pour prouver son efficacité n'aurait qu'une incidence limitée, du moins au Canada. Il conviendrait mieux de canaliser nos énergies en vue d'améliorer le processus d'évaluation, d'accroître notre capacité d'orienter la clientèle vers les services appropriés et de mieux coordonner les services que nous offrons déjà aux personnes âgées.

COORDINATION ET MISE EN OEUVRE

Plusieurs autres questions relatives à l'évaluation gériatrique et à la prestation de services de gériatrie devraient être discutées ici.

Prise de décision Il paraît clair (pour moi du moins) que l'équipe d'évaluation gériatrique, conjointement avec le patient, la famille et l'équipe de soins primaires, est la mieux placée pour déterminer les besoins du patient. D'aucuns ne partagent pas cette opinion. Par exemple, à Montréal, la décision de placer une personne dans un établissement de soins prolongés est prise, non pas par l'équipe d'évaluation mais, par un comité composé de quatre à six professionnels de la santé qui étudie le

dossier (très fourni) mais qui ne voit jamais le patient. Ce système est lent, coûteux et rigide. Une récente étude dans laquelle on a confié des dossiers "fictifs" à différents comités a révélée une forte disparité dans les services prescrits par les différents comités, ce qui prouve que le processus n'est pas fiable. A la suite de son expérience avec ce système, le professeur Williamson écrit: (Traduction) "L'évaluation gériatrique ne peut être effectuée par des professionnels qui adressent des rapports (aussi détaillés soient-ils) à un comité ou un groupe qui procède alors à une sorte d'évaluation par procuration (une méthode privilégiée dans certaines parties de l'Amérique du Nord)". Ces comités ne se sont pas révélés plus avisés pour déterminer les niveaux de priorité. Dans l'optique d'une évaluation gériatrique complète et coordonnée, une telle bureaucratie complexe devient un obstacle superflu.

Coordination des cas (gestion des cas) Dans le document publié récemment et intitulé "L'Evaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés: un modèle à accès unique", Santé et Bien-être social Canada recommandait qu'un coordonnateur de cas participe activement à la recherche de cas et à l'évaluation des patients âgés et qu'il soit chargé d'obtenir les services pour ces patients. Les auteurs ont sagement évité de préciser qui serait cette personne et où elle se situe dans la gamme des

services gériatriques. Appartient-elle à un organisme distinct ou fait-elle partie du service de gériatrie en milieu hospitalier, ou encore est-elle membre de l'équipe de soins à domicile?

Selon mon expérience, la première option est absolument inappropriée; la personne ne se trouve pas là où l'action se passe, elle a peu le sens de l'urgence et, pour reprendre les termes du professeur Williamson, elle "travaille en vase clos". Il est préférable que le coordonnateur de cas participe activement et qu'il soit membre soit de l'équipe gériatrique, soit de l'équipe de soins à domicile ou des deux. Le concept est important et il devrait faire l'objet de discussions et de recherches.

Sectorisation La bureaucratie, hors du processus d'évaluation et de soins, est florissante là où la population desservie est nombreuse et diverse et où les services gériatriques sont mal coordonnés. Sectoriser la population en unités faciles à gérer comporte de nombreux avantages. Les dispensateurs de soins connaissent leur population et répartissent les services selon les besoins locaux. Les responsabilités en ce qui concerne l'évaluation et la prestation d'autres services sont clairement définies. Il est alors plus difficile de mettre de côté les patients "peu intéressants". Les

dispensateurs de soins à tous les niveaux sont amenés à se connaître et peuvent communiquer par téléphone ou par des formules simples plutôt que par le biais de dossiers médicaux énormes et non pertinents. Le système peut réagir rapidement quand il le faut. La décentralisation des responsabilités doit s'accompagner d'une décentralisation du pouvoir d'établir l'ordre de priorité et d'utiliser les ressources. Comme le souligne le document précité de Santé et Bien-être social Canada, pour atteindre un juste équilibre, il faut la collaboration des dispensateurs des services gériatriques à tous les niveaux.

RESUME

L'évaluation gériatrique dans son sens le plus large est une approche des problèmes des personnes âgées qui vise à assurer à la personne vieillissante l'autonomie optimale, par le biais de la prévention, la planification et l'adaptation. Lorsque la vitalité et le degré d'autonomie de la personne âgée commencent à décliner, il peut être nécessaire de faire faire une évaluation complète de la personne par une équipe gériatrique plusidisciplinaire. Après avoir procédé à l'évaluation, l'équipe veille à ce que la personne reçoive un programme complet et coordonné de soins, de réadaptation, de soins primaires et d'autres services, s'il y a lieu. Il est de plus en plus clair que cette approche est dans l'intérêt de la personne et qu'à long terme elle peut améliorer l'efficacité et la rentabilité de l'infrastructure sanitaire. Toutefois, dans sa pratique actuelle, elle est loin d'être parfaite; il faudrait beaucoup d'efforts pour améliorer cette intervention et pour l'intégrer complètement dans le continuum de soins aux personnes âgées.

L'UNITE D'EVALUATION GERIATRIQUE TYPE

par

D^r Christopher Patterson

Mars 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLES DES MATIERES

				Page
I.	INTRODUCTION			49
II.	ORGANISATION DU PROGRAMME			51
	1. PERSONNEL	(a)	Structure de l'équipe, composition et fonctions	51
		(b)	Directeur médical et unité de gestion	53
	2. POLITIQUES	(a)	Admission	54
		(b)	Entrée à l'unité	55
		(c)	Sortie	56
	3. PROCESSUS	(a)	Evaluation des besoins	57
		(b)	Planification	57
		(c)	Gestion . Thérapie individuelle	58
			. Thérapie de groupe	58
		(d)	Surveillance post-thérapeutique	58
		(e)	Communication	59
III.	RESSOURCES			59
		(a)	Emplacement	59
		(b)	Lits	60
		(c)	Autres locaux	60
		(d)	Personnel	62
IV.	INTEGRATION			64
		(a)	Niveau local	64
		(b)	Niveau régional	67
		(c)	Evaluation	67
		(d)	Education	68
V.	RESUME			69
VI.	LECTURES COMPLEMENTAIRES			70

I. INTRODUCTION

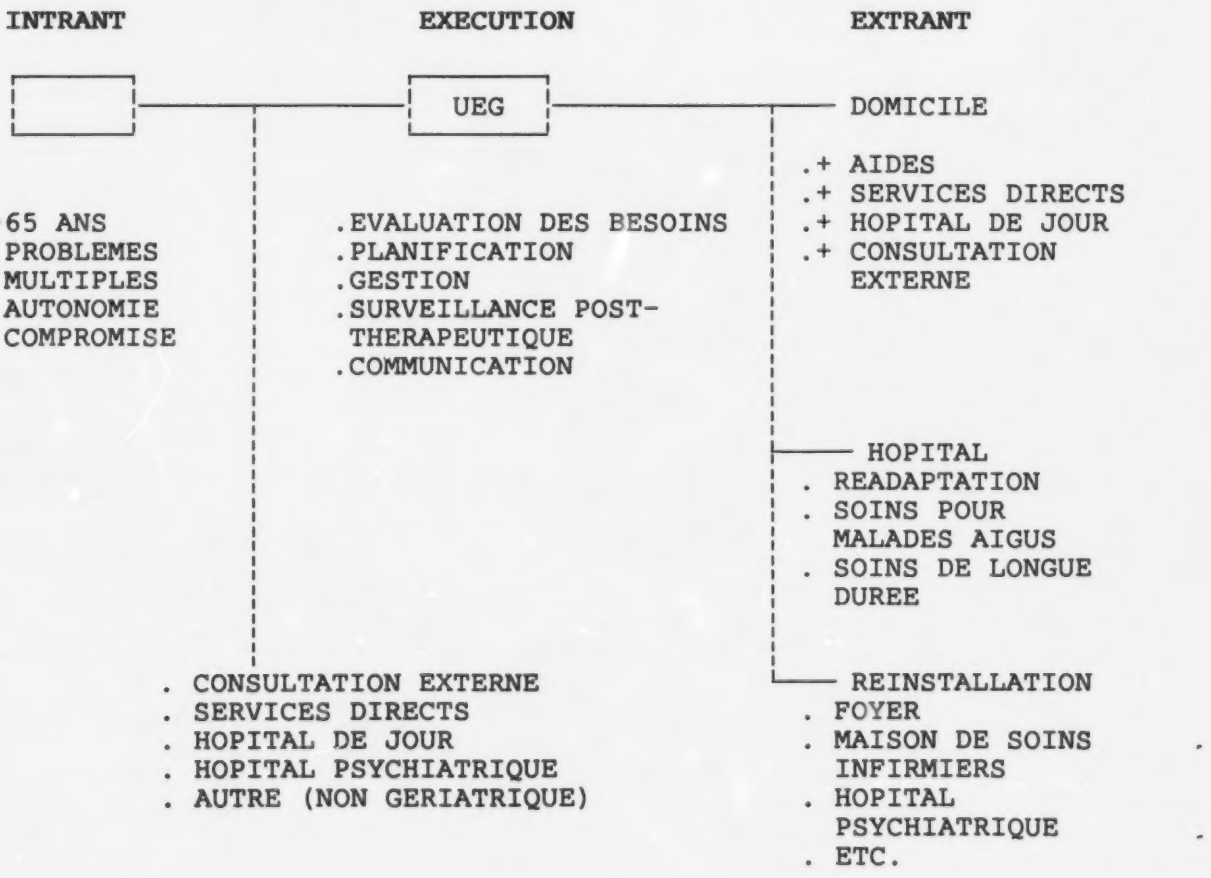
Des unités d'évaluation gériatrique ont été mises sur pied au cours des vingt dernières années afin d'améliorer le diagnostic et l'évaluation globale des besoins de la personne âgée qui a des problèmes de santé complexes nécessitant l'hospitalisation. Parmi les principes de gestion applicables à de tels cas, mentionnons le recours aux compétences particulières d'une vaste gamme de professionnels des soins de santé, qui font chacun une évaluation de l'état du malade. La figure 1 présente un modèle conceptuel d'unité d'évaluation gériatrique. Il a été démontré qu'en réunissant ces professionnels dans une équipe interdisciplinaire, les stratégies de gestion qui en découlent sont plus efficaces que les méthodes de gestion médicale classiques. Il en a résulté des améliorations, dont une baisse de la mortalité, une plus grande compétence physique, une meilleure disposition et des conditions de sortie plus appropriées, sans augmentation du coût direct des soins de santé.

L'unité d'évaluation gériatrique (UEG) est considérée comme un élément essentiel d'un éventail de services pour les personnes âgées que devraient offrir toutes les régions sanitaires du Canada. En plus de donner un meilleur résultat clinique, l'unité d'évaluation gériatrique est un centre d'éducation et, en milieu universitaire, un endroit tout désigné pour l'évaluation des services et d'autres recherches cliniques et

fondamentales. Le présent rapport décrit les caractéristiques d'une UEG type et cite en exemple plusieurs UEG bien établies à travers le Canada.

FIGURE 1

MODELE CONCEPTUEL D'UEG



II. ORGANISATION DU PROGRAMME

1. Personnel

(a) Equipe, composition et fonctions: L'équipe interdisciplinaire est un élément essentiel de la gestion des cas gériatriques. L'équipe de l'UEG type comprend un noyau de professionnels et un cercle plus étendu de conseillers et de professionnels de soutien. Le noyau se compose d'un médecin, d'une infirmière, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un travailleur social. L'équipe est habituellement dirigée par un gériatre, quoiqu'on utilise de plus en plus le modèle de gestion de cas selon lequel l'évaluation et la gestion de chaque malade sont coordonnées par n'importe lequel des membres de l'équipe. L'équipe se réunit régulièrement pour discuter des cas cliniques et aussi, d'ordinaire, pour établir un programme. Bien que chaque membre de l'équipe ait un ensemble particulier de compétences, l'équipe doit, pour être efficace, reconnaître les limites de chaque professionnel et accepter un certain estompage des rôles pour assurer le bon fonctionnement de l'équipe.

Outre l'équipe centrale ou noyau, il y a un groupe plus étendu de professionnels qui peuvent être consultés. Des professionnels des disciplines de la pharmacie, de la nutrition

clinique, de l'orthophonie et de la psychologie clinique font parfois partie de l'équipe centrale. Or, le plus souvent, les professionnels de ces disciplines et des autres énumérées au tableau 1 sont consultés au besoin.

TABLEAU 1

RESSOURCES DE L'UNITE D'EVALUATION GERIATRIQUE

A. EQUIPE CENTRALE	.	MEDECIN (GERIATRE)
	.	INFIRMIERE
	.	PHYSIOTHERAPEUTE
	.	ERGOTHERAPEUTE
	.	TRAVAILLEUR SOCIAL
B. EQUIPE ETENDUE	.	AUDIOLOGISTE
	.	AUMONIER
	.	CHIROPODISTE
	.	NUTRITIONNISTE CLINICIEN
	.	PSYCHOLOGUE CLINICIEN
	.	DENTISTE
	.	OPHTALMOLOGISTE
	.	AUTRES MEDECINS ET CHIRURGIENS-CONSEILS
	.	PHARMACIEN
	.	PROTHESISTE OU ORTHESISTE
	.	PSYCHIATRE
	.	ORTHOPHONISTE
	.	BENEVOLES
C. SERVICES DE SOUTIEN	.	LABORATOIRE
	.	DIAGNOSTIC PAR VISUALISATION
	.	(RADIOGRAPHIE, ECHOGRAPHIE, MEDECINE NUCLEAIRE)
	.	BIBLIOTHEQUE
	.	AUTRES SERVICES HOSPITALIERS POUR MALADES AIGUS

Etant donné qu'elle fait fonction de service de soins secondaires ou tertiaires, l'UEG doit absolument rester en contact étroit avec le médecin traitant du malade. L'unité type encourage le médecin de famille à continuer de jouer son rôle et l'invite aux réunions de l'équipe. D'un point de vue philosophique, le malade et sa famille et les dispensateurs de soins sont considérés comme des membres de l'équipe.

(b) Directeur médical et unité de gestion: Le directeur médical est habituellement gériatre. Le gériatre est un médecin diplômé qui a reçu une formation approuvée en soins de santé pour personnes âgées et qui a de l'expérience dans ce domaine d'activité. Le spécialiste en gériatrie est un gériatre diplômé en médecine interne qui a reçu une formation supplémentaire reconnue en gériatrie et qui a satisfait aux exigences du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada relativement à l'obtention d'un certificat de gériatre.

Bien que dans certains endroits les fonctions de directeur médical puissent être exercées par un médecin d'une autre discipline qui a une formation et des compétences complémentaires en matière de soins aux personnes âgées, le poste

sera fort justement comblé par un gériatre. Le directeur médical est responsable de la qualité des soins en général et travaille de plus en plus en collaboration avec l'infirmière-chef et le directeur général d'hôpital désigné dans une unité hospitalière qui surveille la planification ainsi que l'établissement et l'évaluation de la politique, des méthodes et des programmes.

2. Politiques

(a) Admission: Bien que la politique d'admission varie quelque peu d'une unité à l'autre, la décision d'entrée à l'unité est habituellement prise par le directeur de l'unité de concert avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Idéalement, l'unité d'évaluation gériatrique devrait avoir la priorité d'accès aux autres composantes du service de gériatrie. Si, par exemple, l'équipe constate que le malade a besoin de soins de réadaptation de longue durée, il faudrait que le malade puisse entrer dans une unité de réadaptation dans un délai raisonnable. Dans certains cas où le nombre de lits prévus pour les cas d'évaluation est limité, ou que le malade ne peut être transféré rapidement à un autre service de gériatrie (en particulier une installation de soins de longue durée), des dispositions peuvent

être prises avant l'admission pour qu'à la fin du processus d'évaluation, le malade retourne là où il était avant son entrée à l'unité, en attendant d'être transféré dans une installation de soins de longue durée. Bien qu'ils varient quelque peu, les critères d'admission correspondent souvent à ceux indiqués au tableau 2.

TABLEAU 2

CRITERES D'ADMISSION

Le malade:

(A) Est adressé par un médecin à un gériatre
(B) Est âgé d'au moins 65 ans
(C) Réside dans la municipalité
(D) Doit être hospitalisé dans un hôpital d'aigus
(E) A des problèmes de santé complexes
(F) A des chances de voir son état s'améliorer
(G) Est dans un état qui nécessite l'intervention de l'équipe interdisciplinaire
(H) Obtient, avant son entrée, une place où aller à sa sortie de l'unité

(b) Entrée à l'unité: D'ordinaire, pour être admis dans une UEG, le malade doit absolument y avoir été adressé par un médecin. Il peut y être envoyé par d'autres éléments du

programme de soins gériatriques de l'hôpital, par un médecin de la collectivité ou par d'autres unités de soins de l'hôpital d'attache ou d'un autre hôpital. L'admission peut être recommandée par des organismes communautaires ou la famille, mais à de rares exceptions près, le malade doit être adressé par un médecin.

(c) Sortie: Bien que les critères varient d'une unité à l'autre, la sortie a généralement lieu lorsque les programmes d'évaluation et de gestion sont terminés. Les critères de sortie habituels figurent au tableau 3.

TABLEAU 3

CRITERES DE SORTIE

Le malade quitte l'unité lorsque:

(A) Des mesures appropriées de suivi après la sortie ont été prévues

(B) Des plans d'évaluation, de diagnostic et de gestion des problèmes de santé du malade ont été dressés

(C) Les objectifs du plan de gestion ont été atteints ou ne peuvent plus l'être parce que:

1. L'état de santé du malade nécessite plus de soins que l'unité peut en donner;

2. Le malade n'a pas besoin des services complets dispensés;

3. Le malade ne veut pas participer au programme de traitement ou de gestion établi.

3. **Le processus**

(a) Evaluation: Chaque membre de l'équipe de soins de santé évalue personnellement l'état du malade. L'évaluation peut être amorcée dès l'admission ou entamée en partie avant l'entrée à l'unité. L'évaluation est surtout d'ordre:

(a) médical;
(b) fonctionnel;
(c) mental; et
(d) psychosocial.

Le plus souvent, l'évaluation est en grande partie terminée une semaine avant l'entrée à l'unité. Certaines étapes de l'évaluation peuvent être retardées lorsque les autres membres de l'équipe de soins de santé doivent être consultés ou que la démarche diagnostique est compliquée.

Dans bien des cas, l'évaluation est quantifiée au moyen d'instruments normalisés de mesure du comportement et des fonctions organiques et cognitives.

(b) Planification: L'équipe interprofessionnelle se réunit régulièrement, habituellement toutes les semaines. Elle

discute à ce moment-là de l'ensemble ou d'une partie des malades, et chaque membre de l'équipe fournit sa part de renseignements en vue de l'établissement d'un profil complet de chaque malade. L'équipe doit parfois rencontrer des membres de la famille, des travailleurs de la santé dans la collectivité ou d'autres personnes pour compléter cette étape de la planification. Un plan de gestion est élaboré en fonction de la réunion de l'équipe. Les progrès des malades sont examinés régulièrement aux séances de planification hebdomadaires. On y étudie également les plans provisoires ou définitifs en vue de la sortie.

(c) Gestion: Une fois établi, le plan de gestion est mis en oeuvre dans le cadre d'une thérapie individuelle ou d'une thérapie de groupe. La thérapie individuelle peut comprendre des interventions pharmacologiques, des mesures d'ordre physique, une modification du comportement et l'éducation du malade. Souvent, la thérapie de groupe comprend des séances d'orientation vers la réalité, de communication et d'activité.

(d) Surveillance post-thérapeutique: Lorsque la gestion est en cours et qu'une stratégie de gestion continue a été mise au point, le plan de surveillance post-thérapeutique est établi de concert avec l'équipe interdisciplinaire, le malade, la famille

et les autres dispensateurs de soins. Comme le malade peut parfois rentrer directement chez lui à sa sortie de l'unité, il y a souvent lieu de prévoir des services à domicile dans le plan de surveillance post-thérapeutique. Dans certains cas, le malade est envoyé à l'hôpital de jour ou dans un établissement de réadaptation ou de soins de longue durée.

(e) Communication: La communication avec les professionnels de la santé qui adressent le malade et avec les personnes qui assureront la surveillance post-thérapeutique est une composante essentielle du processus. La communication peut comporter des entretiens téléphoniques, le transfert des plans de soins infirmiers, des projets de physiothérapie et un résumé officiel des dispositions de sortie. La communication des instructions de soins au malade est souvent accompagnée d'une communication de ces mêmes instructions aux membres de la famille ou à d'autres dispensateurs de soins.

III. RESSOURCES

(a) Emplacement: La plupart des unités d'évaluation gériatrique ne sont pas situées dans des installations fonctionnalisées mais dans les locaux ordinaires des hôpitaux que l'on a fait transformer. Habituellement, l'unité se trouve dans

un établissement de soins pour malades aigus, là où il est possible d'avoir accès à toute la gamme des services diagnostiques et thérapeutiques.

(b) Lits: La taille des unités est assez variable. La plupart ont de 20 à 25 lits. Il semble que ce soit là le nombre idéal de lits du point de vue administratif, étant donné qu'il est plus facile de répartir le personnel des services thérapeutiques entre des unités comportant ce nombre de lits ou des multiples de ce nombre. Dans certains cas, les unités sont beaucoup plus grandes; il s'agit généralement des cas où l'on ne fait pas de distinction entre les lits des services d'évaluation et les lits des services de réadaptation. Selon les règlements fédéraux en vigueur, chaque lit doit disposer d'une aire de onze mètres carrés; la plupart des unités offrent différents types de chambres--à un lit, à deux lits et à plusieurs lits. Une combinaison de chambres à un lit et à deux lits semble idéale.

(c) Autres locaux: L'aire d'activité est une composante essentielle de l'unité d'évaluation gériatrique. Les règlements fédéraux proposent un espace minimal de 3,7 mètres carrés par patient, ce qui ne correspond pas toujours à la réalité. L'aire d'activité sert à la thérapie de groupe, aux

séances éducatives, aux visites des familles, aux activités récréatives, etc.

La salle à manger est considérée comme indispensable: elle favorise la socialisation dans un cadre de vie plus naturel que celui qui est offert traditionnellement en milieu hospitalier. Les malades sont encouragés à prendre leur dîner et leur souper à la salle à manger. Celle-ci devrait avoir un superficie de 1,67 à 1,86 mètre carré par malade. Un secteur, réservé à la physiothérapie individuelle, est équipé de barres parallèles, de miroirs et de plinthes.

L'unité type d'évaluation gériatrique possède une salle de conférence, suffisamment grande pour accueillir l'équipe multidisciplinaire. La salle peut se trouver au poste des infirmières, bien qu'il soit préférable de la situer ailleurs pour éviter les dérangements. Le poste doit être assez grand pour que des espaces y soient aménagés non seulement pour la préparation des dossiers, la préparation des médicaments et le travail de secrétariat, mais aussi pour les discussions nécessaires entre les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Les bureaux du personnel, particulièrement celui de l'infirmière en chef, sont situés au sein de l'unité

d'évaluation, de même qu'un nombre indéterminé de bureaux d'autres membres du personnel. La plupart des unités comportent également une pièce réservée aux traitements et aux examens (par exemple, les examens sigmoïdoscopiques ou les changements de pansements). Il faut disposer d'une pièce tranquille pour les entrevues privées avec les malades et les familles. Les salles de bains devraient être spécialement conçues pour être accessibles aux malades qui ont des problèmes de mobilité. Enfin, il est recommandé d'avoir une cuisine où puisse se faire l'évaluation des activités de la vie quotidienne, ce que possèdent la plupart des unités types d'évaluation gériatrique.

(d) Personnel: Le tableau 4 donne la répartition du personnel dans trois unités d'évaluation gériatrique. Le tableau 1 donne une liste plus détaillée des membres du personnel affectés à l'équipe centrale ou à l'équipe étendue.

TABLEAU 4

REPARTITION TYPE DU PERSONNEL

DANS TROIS UNITES D'EVALUATION GERIATRIQUE

U.E.G.	1	2	3
Nombre de lits	20	18	18
Infirmières en chef	2	1	1
Infirmières-malades	1:4	1:4	1:4
Ergothérapeutes	1	2*	2+
Aides ergothérapeutes	0	1*	0
Physiothérapeutes	1	1	1+
Aides physiothérapeutes	.5	0	0
Ludothérapeutes	0	0	0
Aides thérapeutes	0	0	1+
Psychologues cliniciens	0	0	0
Pharmaciens	.5	.5	0
Orthophonistes	.4	.5	0
Nutritionnistes cliniciens	.5	.5*	0

* partagés avec 10 à 15 places de l'hôpital de jour

\+ partagés avec 11 places de l'hôpital de jour

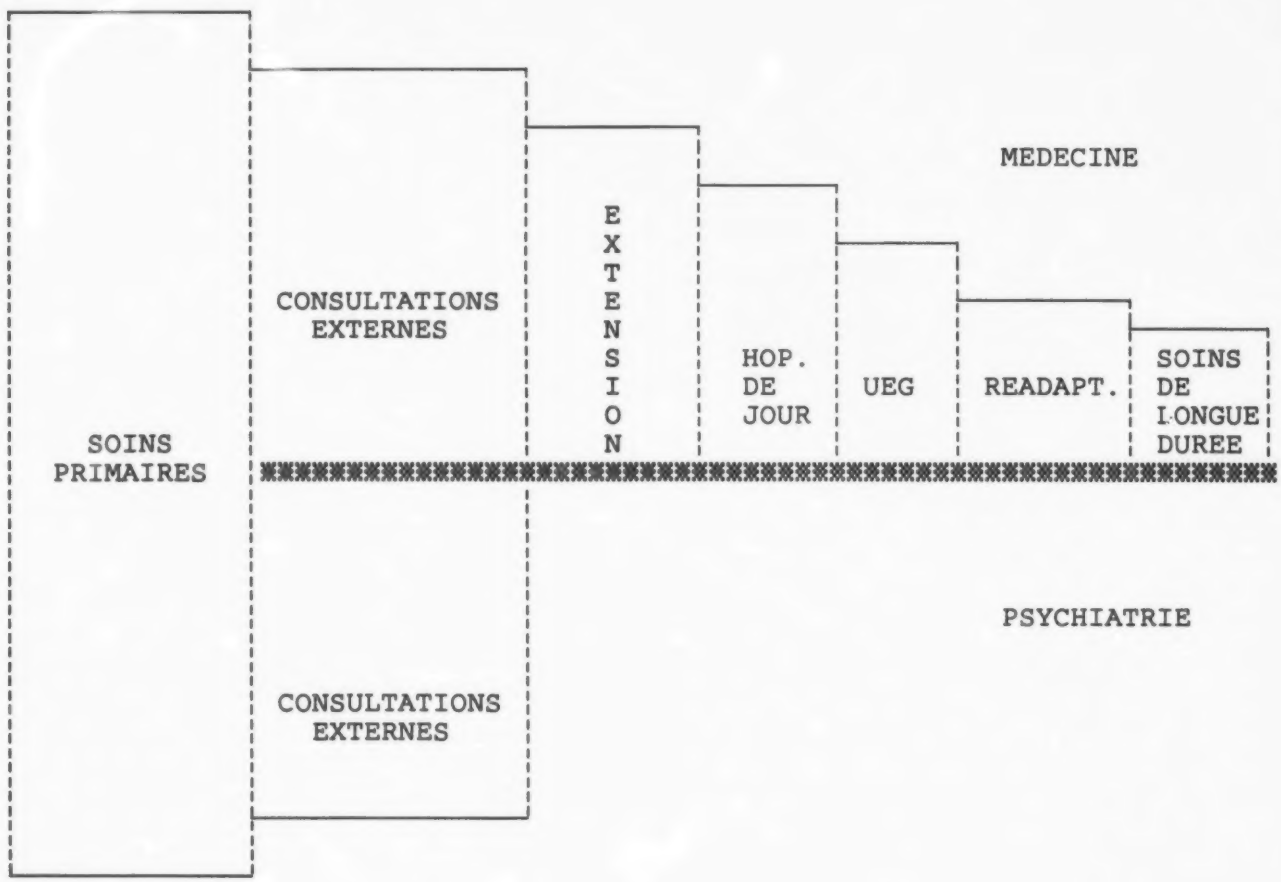
IV. INTEGRATION

(a) Niveau local: L'unité type d'évaluation gériatrique doit être considérée comme faisant partie de la gamme des services gériatriques et non comme un service isolé. La recherche a prouvé qu'il est essentiel de coordonner l'évaluation et la réadaptation pour que les services offerts au bénéficiaire de soins gériatriques donnent de bons résultats. Dans certains cas, et il s'agit sans doute de la situation idéale, les installations réservées à l'évaluation et à la réadaptation sont voisines ou reliées entre elles ou encore partagées.

Dans d'autres cas, le lien consiste en l'accès prioritaire au service de réadaptation. L'UEG doit avoir des liens avec les autres composantes de l'hôpital d'attache, par exemple avec le service de consultation, l'hôpital de jour, le programme d'extension des services à la communauté ou le service des soins de longue durée. Il faut pouvoir passer, au besoin, d'un programme à un autre, la mise en commun de l'information permettant que l'évaluation effectuée au sein du premier programme soit intégrée à l'évaluation et à la gestion du programme suivant. La figure 2 donne un aperçu de la gamme des différents services offerts.

FIGURE 2

GAMME DES SERVICES GERIATRIQUES



En règle générale, les membres de l'équipe de l'UEG interviennent à titre d'experts-conseils auprès des autres secteurs de l'hôpital d'attache. Dans certains cas, une équipe officielle de consultation a été formée et les demandes de consultation mettent en marche un processus interdisciplinaire d'évaluation et de recommandation.

Des liens doivent exister également avec les autres unités de soins de l'hôpital. Si, par exemple, une personne admise à l'unité d'évaluation gériatrique tombe gravement malade, il doit être possible de la transférer sur le champ dans un service de soins de plus haut niveau (p. ex., l'unité des soins intensifs). Parmi les autres services fréquemment utilisés figurent la chirurgie orthopédique et urologique, la réadaptation et la psychiatrie.

L'UEG doit être intégrée au réseau des services communautaires. La plupart des unités travaillent étroitement avec les organismes communautaires qui dispensent, par exemple, des soins de santé, des soins à domicile ou des soins de longue durée. De plus en plus, les visites à domicile et les services offerts directement à la collectivité retardent ou permettent d'éviter l'hospitalisation.

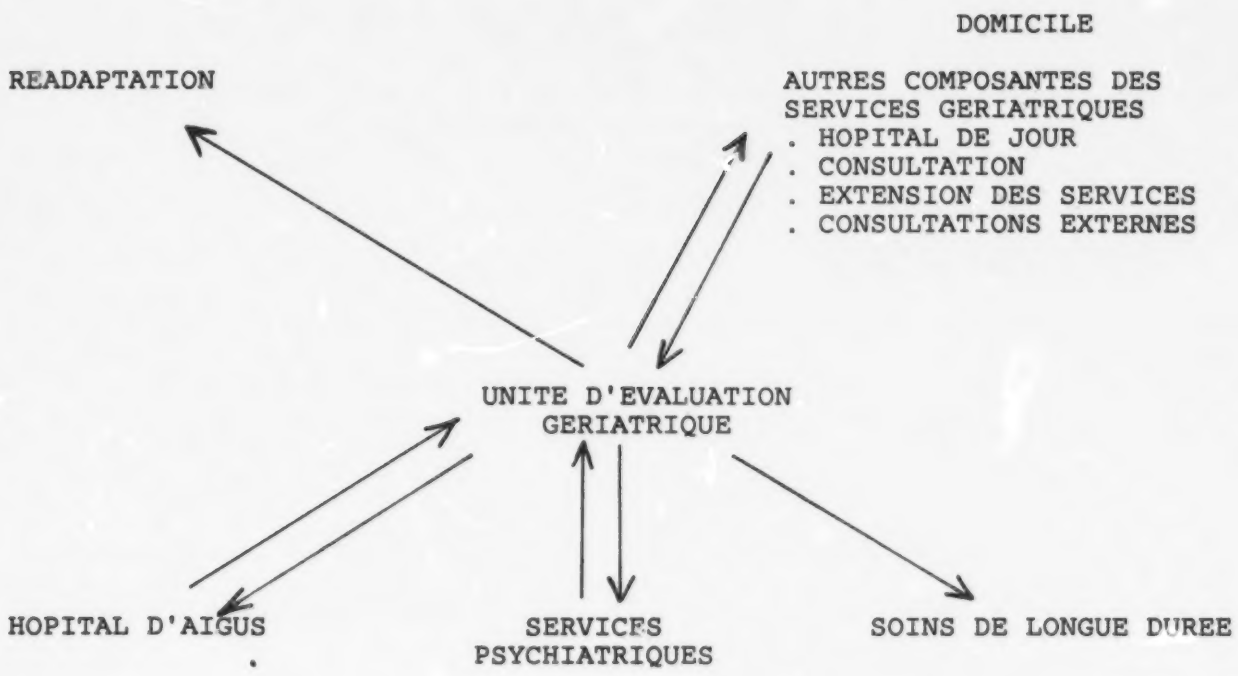
(b) Niveau régional: Des liens étroits doivent exister au sein de la région des services de soins de santé, de telle sorte que la population servie par des organismes autres que l'hôpital d'attache puisse bénéficier de soins secondaires ou tertiaires.

Il se peut qu'une région sanitaire ait besoin, en raison de sa taille, de plus d'une unité d'évaluation gériatrique. Bien que l'EUG type soit devenue un service unique au sein de la région sanitaire, il est probable que, dans les grandes régions urbaines de soins de santé, un certain nombre de services de soins primaires et secondaires se soient multipliés; les services de soins tertiaires hautement spécialisés, toutefois, restent concentrés en un point unique de la région. Divers modèles de coordination régionale sont en cours d'élaboration.

Les liens de l'UEG et des autres services sont illustrés dans la figure 3.

(c) Evaluation: L'unité d'évaluation gériatrique et les autres programmes sont évalués à l'aide de méthodes classiques telles que la vérification et le contrôle de la qualité. Quant aux nombreuses unités d'évaluation gériatrique qui sont situées dans des établissements d'enseignement, elles ont fait l'objet, ou font présentement l'objet, d'études formelles d'évaluation.

FIGURE 3



(d) Education: Il incombe à l'équipe gériatrique d'éduquer les autres professionnels des soins de santé de l'hôpital d'attache. De plus, l'éducation des malades, des bénévoles et des groupes de défense des droits des malades est souvent prise en charge par le personnel de l'UEG. Enfin, comme de nombreuses UEG se trouvent en milieu universitaire, l'éducation des étudiants de premier cycle ou de niveau supérieur et celle des professionnels relèvent souvent de leur mandat.

V. RESUME

L'unité d'évaluation gériatrique, qui est devenue le lieu central de la planification diagnostique et thérapeutique des soins à donner aux aînés ayant des problèmes de santé complexes, est considérée comme l'un des services indispensables aux aînés. Un grand nombre des fonctions prises en charge par l'unité d'évaluation gériatrique peuvent être remplies dans de multiples endroits; mais la concentration des ressources qui caractérise l'hôpital d'aigus permet à l'UEG située dans un tel milieu d'être un modèle hautement efficace de service de soins gériatriques et un lieu idéal de concentration des activités d'éducation et de recherche. Il est essentiel que l'unité travaille étroitement avec le service de réadaptation pour que les soins donnés au malade âgé donnent des résultats optimums.

VI. LECTURES COMPLEMENTAIRES

1. Clinics in Geriatric Medicine, Vol. 3, N° 1, 1987 (volume consacré à l'évaluation gériatrique).

2. Lignes directrices pour l'établissement de normes dans les services gériatriques des hôpitaux de soins actifs: unités d'évaluation et de traitement gériatriques, hôpitaux de jour gériatriques, Santé et Bien-être social Canada, 1977.

3. Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R, Wieland, G.D., et al. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A randomized clinical trial. N. Engl. J. Med., 1984: 311; 1664-70.

L'EVALUATION GERIATRIQUE VUE SOUS UN ANGLE PLUS VASTE

par

Dr James L. Kirkland

Mars 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	73
EQUIPES DE CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRES POUR MALADES HOSPITALISES	74
HOPITAUX DE JOUR	78
SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES MULTIDISCIPLINAIRES	79
VISITES A DOMICILE	80
LES EFFETS D'UNE APPROCHE INTEGREE DES PATIENTS AGES PRESENTANT DES PROBLEMES MULTIPLES	89
CONCLUSION	92

INTRODUCTION

L'idéal serait que les unités gériatriques soient exploitées dans le contexte d'un plus vaste système. Ce système comprend les unités de soins de courte durée et de réadaptation des malades hospitalisés, les équipes de consultation à domicile et les équipes de consultation pour malades hospitalisés, les consultations pour malades ambulatoires et les programmes d'hôpitaux de jour. D'autres services et politiques devraient également être en place, particulièrement à l'hôpital de soins de courte durée. Parmi ces services et politiques, mentionnons l'établissement de programmes de formation généralisée en matière de gériatrie à l'intention de tout le personnel de l'hôpital de soins de courte durée, l'adoption de politiques appropriées au sein des hôpitaux de soins de courte durée (concernant des questions telles que les sangles de contention des patients, les patients errants, etc.), les réformes de la salle d'urgence, ainsi que les changements au sein du service des achats et d'autres services.

L'objectif du service de gériatrie doit être d'essayer de faire en sorte que les patients réintègrent leur domicile, si la chose est possible, et d'essayer de maintenir l'autonomie des patients âgés. Au Canada, comparativement à d'autres pays

développés, la proportion de personnes de plus de 65 ans qui sont dans des établissements de soins de longue durée est beaucoup trop élevée. La plupart des personnes âgées tiennent nettement à demeurer à la maison. C'est donc dire que le taux de roulement des patients des services de gériatrie ne constitue peut-être pas une aussi bonne mesure de la réussite de ces services que la capacité de ceux-ci de permettre aux patients de réintégrer leur domicile. Il se peut que ce dernier élément constitue la meilleure mesure des résultats dans l'évaluation des programmes gériatriques. Nous devons prendre les mesures qui s'imposent dans l'ensemble du système de soins de santé afin d'essayer d'encourager la réadaptation et de déconseiller l'"entreposage" des personnes âgées qui se produit à l'heure actuelle au pays.

EQUIPES DE CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRES POUR MALADES HOSPITALISES

L'équipe de consultation constitue l'une des composantes du programme gériatrique global qui serait idéal. L'utilité de telles équipes est un sujet controversé. Le D^{r} Roy Fox et ses collaborateurs de Halifax ainsi que le D^{r} David Gayton de Montréal ont publié des études à ce sujet. Le D^{r} Gayton a étudié l'efficacité d'une équipe de consultation dotée de deux gériatres, d'une infirmière spécialiste de clinique, d'un

physiothérapteute et d'un ergothérapeute. Des travailleurs sociaux d'autres unités participaient aux activités de l'équipe, mais l'équipe ne comptait pas de travailleur social.

Comparativement à des patients témoins, les patients vus par l'équipe de consultation accusaient une réduction de 35 p. 100 du taux de mortalité. Les résultats n'avaient pas de signification statistique, mais il s'en fallait de peu. Les patients que l'équipe a visités n'ont pas été sélectionnés. La plupart des patients de plus de 70 ans qui ont été admis à deux des unités de médecine générale ont été vus par l'équipe. Si un sous-groupe particulier de patients avait été sélectionné, l'efficacité de l'équipe aurait probablement été plus manifeste. En outre, un effet d'entraînement chez le personnel interne des unités témoins aurait probablement eu pour effet de diluer l'efficacité perçue de l'équipe.

Le respect des recommandations constitue également un problème pour les équipes de consultation. L'efficacité d'une équipe de consultation est fonction de la mesure dans laquelle les médecins traitants et les autres membres du personnel se conforment aux recommandations de l'équipe. Cela pose un problème moins sérieux dans une unité pour malades hospitalisés où le personnel de l'unité exerce un contrôle sur les décisions

thérapeutiques qui sont prises. Pour que les efforts de l'équipe de consultation soient fructueux, il faut sensibiliser tout le personnel hospitalier à certains des principes de gériatrie afin d'essayer d'améliorer la conformité et d'accroître l'efficacité de l'équipe. L'équipe peut participer à ce processus éducatif non seulement en opérant des miracles auprès de chacun des patients, mais également en participant aux conférences sur les patients que tient l'unité et en aidant à mettre au point des programmes d'enseignement. Nous avons constaté qu'il était utile de nommer deux infirmières intéressées de chacune des unités dans tout l'hôpital pour ensuite leur procurer une formation supplémentaire en gériatrie. L'équipe de consultation peut présenter des exposés aux séances scientifiques hebdomadaires et à d'autres séances d'enseignement destinées aux autres employés de l'hôpital.

Les équipes de consultation doivent oeuvrer dans le contexte d'approches visant à améliorer le soin des personnes âgées. Elles doivent être sélectives lorsqu'elles acceptent les patients qui leur sont adressés, tout comme les unités de malades hospitalisés doivent sélectionner les patients. Dans un grand hôpital, le type de patients qui profitent le plus d'une telle intervention sont les personnes âgées fragiles, présentant des problèmes multiples qui sont dans des unités où il est probable que le personnel traitant collaborera avec l'équipe.

Pour ce qui est des unités où le personnel n'est pas coopératif, parfois le seul recours est de transférer les patients à une unité gériatrique pour malades hospitalisés. Il vaut mieux que l'équipe puisse exercer un certain contrôle sur l'admission de patients provenant d'autres unités de l'hôpital à l'unité de soins de courte durée, à l'unité de réadaptation gériatrique et à l'unité des soins de longue durée. Il s'agit d'un très bon incitatif pour convaincre le personnel responsable des aiguillages de donner suite à certaines des recommandations de l'équipe de consultation.

De plus, l'équipe doit-elle avoir à sa disposition certains moyens pour mettre en oeuvre ses recommandations. Elle a besoin d'un physiothérapeute spécialisé, d'un ergothérapeute spécialisé, d'une infirmière spécialisée et d'un travailleur social spécialisé qui peuvent remplir des fonctions que leurs pairs ne sont pas en mesure de remplir ou pour lesquelles ils n'ont pas la formation nécessaire. Notre équipe comprend un gériatre, une psychiatre spécialisé en gériatrie, un spécialiste en médecine réadaptative, une infirmière de clinique spécialisée en gériatrie, un physiothérapeute, un ergothérapeute et un travailleur social qui ont tous une formation spéciale en gériatrie. Nous sommes en train d'évaluer l'efficacité de

l'équipe, mais nous n'avons pas encore terminé d'études rigoureuses à ce sujet.

De façon officieuse, nous avons constaté que cette équipe réussit fort bien lorsqu'il s'agit de faciliter le congé des patients. L'équipe a aidé à réduire de 23 p. 100 le nombre de patients de l'Hôpital général de Toronto qui attendent de recevoir des soins de longue durée. Il convient de noter toutefois que cette réduction a pris cours en même temps que plusieurs autres changements.

HOPITAUX DE JOUR

Les hôpitaux de jour ont pour objet de mener des enquêtes, d'offrir des services de réadaptation et de traitement et de dispenser des soins de maintien sans lesquels une admission à l'hôpital pourrait s'imposer. Les durées moyennes du séjour dans les différents hôpitaux de jour au Canada varient considérablement, pouvant aller de quelques semaines à quelques mois suivant les objectifs de l'hôpital de jour. Les hôpitaux de jour peuvent être affiliés à des hôpitaux de soins de courte durée si les soins sont principalement axés sur l'enquête, particulièrement les enquêtes nécessitant l'accès à du matériel de diagnostic complexe comme des tomodensitomètres. Ces hôpitaux

sont parfois exploités en milieux de soins de longue durée si les soins sont surtout axés sur la réadaptation et sur le traitement médical moins complexe comme le contrôle du diabète ou le traitement des plaies de lit. Les hôpitaux de jour servent également à faciliter le passage à un congé intégral des patients dont l'état est fort marginal. Si de tels patients sont admis à des hôpitaux de jour pour un séjour d'environ un mois au moment de leur congé, on peut ainsi, peut-être, éviter leur réadmission à des lits de soins de courte durée.

SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES MULTIDISCIPLINAIRES

Le Canada compte plusieurs services de consultations externes pour la maladie d'Alzheimer et les affections connexes. Il existe aussi des services pour les problèmes d'incontinence, d'ostéoporose et d'autres types de services de consultations multidisciplinaires. Ces genres de consultations peuvent se révéler plus efficaces que d'autres types de suivis pour malades ambulatoires lorsqu'il s'agit de personnes âgées présentant des problèmes multiples. Il a été démontré que ces consultations étaient efficaces lorsqu'il s'agit de réduire les séjours à l'hôpital ainsi que les coûts et les besoins des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée.

VISITES A DOMICILE

Les visites à domicile effectuées par des équipes multidisciplinaires oeuvrant depuis des unités de gériatrie d'hôpitaux de soins de courte durée ou d'hôpitaux de réadaptation peuvent procurer un certain nombre d'avantages. Ces visites peuvent constituer une option pour les personnes âgées fragiles en leur permettant de rester à la maison. Elles peuvent leur épargner des déplacements pénibles et douloureux. Elles peuvent aussi permettre de mieux évaluer les besoins probables de ces personnes sur la plan social, environnemental et fonctionnel. Ces visites aident à améliorer les rapports entre le médecin et le patient, de même entre les médecins et les travailleurs des organismes communautaires. Elles sont utiles sur le plan de la prévention des accidents. Au cours de visites à domicile, les patients peuvent effectivement démontrer les activités qui leur sont possibles. Les visites à domicile permettent d'éviter des admissions inopportunes, particulièrement lorsqu'il convient mieux de diriger le patient vers des services de soins à domicile ou de lui proposer des approches autres que l'admission à une unité pour malades hospitalisés. Elles peuvent se révéler utiles pour renforcer les conseils des travailleurs communautaires auprès de la famille. En d'autres termes, un deuxième avis peut être offert au cours d'une visite à domicile.

On peut ranger les visites à domicile dans quatre catégories: les visites de prévention ou de maintien, les visites de consultation ou de pré-admission; les visites de pré-congé; et les visites de post-congé. Quel type de personnel professionnel faudrait-il prévoir pour les divers genres de visites? C'est au médecin de famille ou à l'hygiéniste public qu'il conviendrait peut-être le mieux de confier les visites de prévention.

Selon une étude danoise publiée en 1984, un programme régulier de visites de prévention à domicile chez des personnes à risque de plus de 75 ans a permis de faire diminuer considérablement le taux de mortalité, les admissions à l'hôpital, le nombre de lits-jours d'hôpital et les visites à la salle d'urgence, et ce, comparativement à une population-témoin. Une autre étude publiée cette même année dans le British Medical Journal a démontré que les visites périodiques de prévention à domicile, assurées en l'occurrence par l'équivalent d'une hygiéniste publique, peuvent permettre de réduire les taux de mortalité.

Pour ce qui est des visites à domicile de consultation ou de pré-admission, elles sont plus du ressort des consultants oeuvrant dans les unités gériatriques. Ces visites sont utiles pour déterminer si l'admission à une unité pour malades

hospitalisés constitue la meilleure solution ou s'il y a d'autres choix possibles pour aider la personne âgée. Une étude menée par Williamson et son groupe à Edimbourg et publiée dans le British Medical Journal en 1980 faisait état du dénouement de ces types de visites. Un certain nombre de facteurs ont été constatés qui ne l'auraient peut-être pas été au cours de visites de malades ambulatoires, de visites à l'hôpital de jour ou de séjours des malades hospitalisés. Une des principales constatations était que 23 p. 100 des patients prenaient des médicaments à l'insu de leur médecin traitant. Nous avons constaté que ces visites se révèlent particulièrement utiles pour éviter l'admission à l'hôpital lorsqu'il y a effectivement des solutions de rechange. De fait, nous avons pu éviter de faire admettre 75 p. 100 des patients qui nous avaient été adressés en suggérant d'autres formes possibles de réadaptation ou de traitement offerts au domicile même du patient.

Parmi les avantages des visites de pré-admission, mentionnons tout d'abord le fait que les admissions inutiles ou inappropriées peuvent être évitées et que des solutions de rechange peuvent être proposées. Ensuite, on peut déterminer le niveau de fonctionnement requis pour permettre à la personne de vivre de façon autonome. En examinant le domicile d'un patient, on peut déterminer le niveau de fonctionnement qu'il devra

retrouver pour retourner vivre dans ce cadre-là. On peut également se faire une idée, avant l'admission, des modifications qu'il faudra apporter au domicile afin que ces modifications puissent être entreprises pendant que le patient est à l'hôpital. Les habitudes du patient, par exemple l'heure à laquelle il se lève ou se couche, peuvent être déterminées avant que le patient n'entre à l'hôpital. Nous avons effectué quelque 300 de ces visites et sommes en train d'examiner les résultats obtenus. Un gériatre se rend chez le patient, rédige l'anamnèse et effectue un examen médical pendant qu'une infirmière ou un travailleur social s'enquiert des problèmes du point de vue de la famille et effectue un examen de la maison. Les deux parties de la visite prennent environ une heure à une heure et demie et sont effectuées simultanément. Dans un hôpital de jour ou dans une consultation pour malades ambulatoires, il faudrait consacrer plusieurs heures pour obtenir les mêmes renseignements. Les visites sont beaucoup plus brèves si nous déterminons que la personne doit être admise. Il arrive souvent que l'on puisse déterminer dans quelques minutes si une personne doit être admise.

Les visites à domicile de pré-congé peuvent être effectuées par des ergothérapeutes (qui sont souvent les professionnels les

plus essentiels pour ces genres de visites), ainsi que par des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux ou des infirmières. Nous demandons habituellement à un résident en médecine de les accompagner à des fins d'éducation. Nous trouvons que les visites à domicile de pré-congé sont utiles pour déterminer le niveau de fonctionnement que la personne doit encore atteindre avant qu'il ne soit réaliste de lui donner son congé. Ces visites peuvent se faire quelques semaines avant la date prévue du congé, de sorte que l'on puisse insister sur les aspects où le patient a besoin de réadaptation supplémentaire au cours des quelques dernières semaines de son séjour. Ces visites peuvent être très utiles pour convaincre le patient ou la famille que le patient a effectivement fait des progrès et qu'il est de fait possible de lui donner son congé, ou bien encore pour aider à convaincre le personnel de l'hôpital que le congé n'est, de fait, peut-être pas réaliste. Dans certains cas, ces visites aident à améliorer considérablement la motivation du patient. Nous avons constaté qu'une semaine environ après ces visites, les patients ont tendance à consacrer plus d'efforts à leur réadaptation qu'avant les visites. Les patients vus par l'équipe de consultation multidisciplinaire pour malades hospitalisés, soit à l'unité de soins de courte durée pour malades hospitalisés, soit à l'unité de réadaptation gériatrique de l'hôpital ou ailleurs dans le système, tirent souvent profit de visites à domicile de pré-congé.

Les visites à domicile de post-congé, pour leur part, sont effectuées une ou deux semaines suivant le congé du patient de l'unité de soins de courte durée ou de l'unité de réadaptation gériatrique de l'hôpital. Ces visites sont utiles pour déterminer si le congé était effectivement réaliste et s'il est probable que le patient ne soit pas réadmis, pour vérifier si les modifications domiciliaires que nous avions proposées ont été apportées, ainsi que pour nous assurer de la participation des organismes communautaires et d'autres services sur lesquels nous comptions du fait qu'il peut y avoir des problèmes de communication. Qui plus est, ces visites sont utiles pour contrevérifier la sécurité au foyer, pour assurer le retour harmonieux aux soins du médecin traitant, et peut-être, ce qui est plus important encore, pour vérifier les médicaments du patient. Le pourcentage de personnes de plus de 65 ans réadmises à un hôpital de soins de courte durée en raison d'erreurs de médication au cours de la période suivant le congé est évalué à plus de 40 p. 100.

Les visites à domicile présentent certains inconvénients. Parmi les désavantages le plus communément cités, mentionnons les contraintes de temps, particulièrement le temps de déplacement et les interruptions au bureau, ainsi que les incidences financières

défavorables. Certains professionnels de soins de santé citent la difficulté que représente l'administration d'examens à domicile, et d'autres, le manque d'installations de laboratoire, pour expliquer leur refus d'effectuer des visites à domicile. Toutefois, tous ces inconvénients peuvent être surmontés. Il faut souvent moins de temps pour déterminer les problèmes d'un patient et le traitement dont il a besoin en effectuant une visite à domicile qu'en voyant le patient dans un service pour malades ambulatoires. Aussi peut-on minimiser les inconvénients d'ordre temporel en prévoyant une organisation efficiente et en réservant des périodes pour ces visites, en organisant minutieusement une série de visites sur un même parcours, et en invitant les membres de la famille à ces visites afin de pouvoir les interroger (ce qui permet des économies de temps considérables). Pour ce qui est des inconvénients d'ordre financier, on peut les minimiser grâce à une organisation efficiente ainsi qu'à la réduction des dépenses de bureau et à la déduction aux fins de l'impôt des dépenses engagées au cours des visites à domicile. Toutefois, j'estime que les modalités de compensation du temps et des dépenses engagés par les médecins pour effectuer des visites à domicile doivent vraiment, dans la plupart des provinces, être examinées de nouveau et rendues plus réalistes.

Le fait de visiter à domicile des personnes âgées qui ont été bien sélectionnées comportent plusieurs avantages. Il est souvent plus facile d'examiner les personnes à leur domicile du fait qu'elles ont tendance à y être plus détendues qu'au service pour malades ambulatoires et que les renseignements y semblent plus aisément accessibles. Il y a effectivement un plus grand nombre de tests de laboratoire qui peuvent être effectués à domicile, du moins à Toronto, que dans la plupart des cabinets de médecins. Les techniciens de laboratoire peuvent se rendre chez le patient et effectuer des épreuves sanguines, des électrocardiogrammes, des radiographies pulmonaires et d'autres radiographies, ainsi que des examens aux ultrasons.

Les situations dans lesquelles les visites à domicile se révèlent le plus utiles sont celles où des personnes présentant un risque imminent d'être admises à un établissement de soins de longue durée, où l'on songe à la possibilité de les admettre à une unité gériatrique pour malades hospitalisés, où les dispensateurs de soins sont épuisés, ainsi que celles où les personnes présentent des troubles de la mobilité ou des troubles cognitifs ou psychiatriques qui les empêchent d'être transporté chez le médecin. Nous sommes en mesure de déceler l'exploitation des personnes âgées beaucoup plus aisément au cours des visites à domicile que dans un milieu hospitalier; nous avons décelé

pareille exploitation au cours de quelque 10 p. 100 de nos visites à domicile. L'abus de l'alcool peut être difficile à relever à moins qu'une visite à domicile ne soit effectuée. Les visites à domicile sont aussi fort utiles dans les cas où l'on soupconne des problèmes de conformité à la médication.

L'occasion d'examiner le domicile constitue l'un des avantages des visites à domicile par rapport à d'autres approches reposant sur l'enquête. L'examen du domicile peut permettre d'obtenir des renseignements fort utiles pour le diagnostic. Par exemple, si un domicile est mal tenu, cela pourrait signifier que le patient éprouve des difficultés financières, qu'il a des problèmes avec sa vue, qu'il est atteint d'une démence ou qu'il souffre de troubles de la mobilité. Si les portes sont fermées à clé et que l'intérieur est mal éclairé, le patient souffre peut-être de paraphrénie. S'il s'agit d'un problème d'abus d'alcool, il y a peut-être d'importantes quantités d'alcool à la maison. S'il y a une odeur d'urine, le patient souffre peut-être d'incontinence. Il arrive souvent que les patients ne font pas part de ce problème aux professionnels des soins de santé. Au cours de ces visites, on peut trouver des médicaments dangereux qui peuvent expliquer les symptômes d'un patient. Si la maison est gardée très chaude, le patient souffre peut-être d'hypothyroïdie. L'examen du foyer constitue une sphère de la

médecine qui n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches approfondies. Les visites à domicile peuvent aussi être utiles sur le plan thérapeutique. A la première visite, on peut donner des conseils sur de simples modifications domiciliaires ainsi que sur la nécessité de prévoir d'autres mesures afin d'améliorer la sécurité au foyer (comme l'élimination des médicaments périmés), et l'on peut aussi poser des jalons permettant de planifier l'importance de la réadaptation requise.

LES EFFETS D'UNE APPROCHE INTEGREE DES PATIENTS AGES PRESENTANT DES PROBLEMES MULTIPLES

Un certain nombre de programmes gériatriques ont été mis sur pied au Canada, notamment les unités de soins gériatriques de courte durée, les unités de réadaptation gériatrique, les hôpitaux de jour, les consultations pour malades ambulatoires ainsi que les équipes de consultation multidisciplinaires prévues pour les patients hospitalisés et les patients à domicile. Les services intégrés existent depuis de nombreuses années dans des pays de l'Europe septentrionale et, depuis plus récemment encore, dans quelques centres des Etats-Unis. Nous examinerons ci-dessous quelques-uns des résultats de programmes mis sur pied à l'Hôpital général de Toronto et à l'Hôpital Queen Elizabeth (service HGT et HQE) à titre d'exemple d'effets que peut produire

la fourniture d'une gamme intégrée de services aux patients âgés présentant des problèmes d'ordre sanitaire et social multiples.

Initialement, les patients sont visités à la maison par une équipe de consultation pré-admission ou, s'il se trouvent dans un hôpital de soins de courte durée, par une équipe de consultation multidisciplinaire. Si la chose est possible, des mesures autres que l'admission à l'unité gériatrique sont tout d'abord prises. Seulement 25 p. 100 des patients vus au cours de visites de pré-admission à domicile doivent à la fin être admis. Les patients qui ne sont pas admis à l'unité gériatrique peuvent être adressés à un hôpital de jour ou à une consultation pour malades ambulatoires à des fins de réadaptation ou de traitement, ou encore, l'on peut donner des conseils au médecin traitant et aux organismes communautaires quant à la façon de les traiter sans les faire admettre.

Les patients pour lesquels une admission s'impose sont, habituellement, tout d'abord admis à l'hôpital de soins de courte durée, où ils peuvent faire l'objet d'examens médicaux et où un traitement peut être amorcé. La consultation chirurgicale, les transfusions sanguines ou d'autres actes ou examens médicaux se font à l'hôpital de soins de courte durée. Ensuite, les patients sont transférés à l'unité de réadaptation gériatrique de

l'hôpital de soins de longue durée, de l'autre côté de la rue, où se poursuivent les interventions intensives sur le plan de la physiothérapie, de l'ergothérapie et du travail social. On a recours à des salles de soins personnels pour enseigner à la famille et au patient les mesures à prendre pour favoriser l'autonomie du patient. Des visites pré-congé et post-congé sont effectuées. Pour assurer la bonne marche du système, nous devons disposer d'environ sept lits de soins de réadaptation gériatrique pour deux lits d'unité de soins gériatriques de courte durée. L'âge moyen des patients se situait à 82,5 ans, et les principaux problèmes qu'ils présentaient étaient la confusion, l'incontinence, l'immobilité et les chutes. Nous essayons de permettre aux patients de réintégrer leur domicile, si la chose est possible, sinon, nous les admettons au niveau le plus approprié de soins de longue durée. Nous avons constaté qu'environ 70 p. 100 des patients ont pu réintégrer leur domicile, que 6 p. 100 sont décédés, et que 9 p. 100 ont été admis à des foyers pour personnes âgées et à des maisons de repos, et 15 p. 100, à des hôpitaux de soins de longue durée. Nous avons aussi constaté qu'environ 75 p. 100 des patients pouvaient rentrer chez-eux ou être admis à un établissement de soins d'un niveau inférieur à celui que nous avoins prévu avant notre intervention. Tout près des deux tiers des patients désignés comme devant être admis à un hôpital de soins de longue durée (pour y recevoir 3 heures et demie de soins infirmiers par

jour) ont pu rentrer chez eux. Nous avons assuré le suivi des personnes destinées à être admises à un hôpital de soins de longue durée avant notre intervention pendant une période pouvant aller jusqu'à 28 mois après le congé. Soixante de ces patients dont l'âge moyen était de 82,5 ans ont fait l'objet de ce suivi. Leur capacité de rester à la maison équivaut, à peu de choses près, à celle d'une population assortie selon l'âge et dont l'admission à des soins de longue durée n'avait pas été envisagée. C'est donc dire que certaines des interventions possibles dans le cadre d'un service gériatrique intégré peuvent avoir un effet durable. Cela démontre également que les prévisions selon lesquelles la réadaptation ou le traitement seront futiles sont souvent erronées. Un essai thérapeutique de la réadaptation s'impose souvent, particulièrement si une admission à long terme est envisagée. Toutes les composantes des programmes gériatriques doivent être axées sur la réadaptation et le traitement, plutôt que simplement sur l'évaluation et le placement.

CONCLUSION

Les unités de soins gériatriques de courte durée ou les unités de réadaptation gériatrique d'un hôpital doivent

constituer plus que de simples unités. Elles doivent être exploitées dans le contexte d'une approche plus globale. Le personnel des unités pour malades hospitalisés peut aussi faire partie des équipes de consultation, des équipes de visites à domicile, des consultations et des hôpitaux de jour. Si les niveaux de dotation le permettent, le personnel peut également aider la direction de l'hôpital à formuler des politiques, à établir des liens avec la collectivité, et ainsi de suite. La dotation en personnel des unités gériatriques comprend plus que le simple fait de prévoir du personnel pour les soins directs. Les gouvernements provinciaux doivent se rendre compte que cette composante de soins indirects exige un niveau de dotation bien au-delà du niveau habituel de dotation d'un hôpital de soins de courte durée ou de soins de réadaptation. C'est une bonne idée de prévoir la permutation du personnel dans les diverses composantes du service gériatrique, de même qu'entre les autres unités de l'hôpital de soins de courte durée et le service gériatrique.

Grâce à une combinaison d'approches, il est possible de permettre à une importante proportion de patients de réintégrer leur domicile, patients qui autrement auraient satisfait aux critères normalisés d'admission à des établissements de soins de longue durée. Peut-être faudrait-il que tous les patients dont l'admission à un établissement de soins de longue durée est

envisagée fassent l'objet d'un essai de réadaptation et de traitement dans un service gératrique. Il est très difficile de prédire quels patients tireront profit d'un essai de réadaptation. Il conviendrait de faire davantage de recherches dans ce domaine. En Ontario, la décision d'admettre une personne dans un établissement de soins de longue durée coûte 200 000$. Le coût annuel d'un lit dans un hôpital de soins de longue durée s'élève à 60 000 $, et le séjour moyen se situe à un peu plus de 3 ans. Pour ce qui est du coût annuel d'un lit dans une maison de repos, il se chiffre à 30 000 $ et la durée moyenne du séjour est de 7 ans. La décision d'admettre un patient à un établissement de soins de longue durée coûte trois fois plus cher qu'une transplantation de coeur. Qui plus est, la décision a un retentissement énorme sur le bien-être du patient. Il est extrêmement difficile de prédire qui tirera profit d'un essai de réadaptation, et une importante proportion de patients âgés que l'on estime devoir être admis à des établissements de soins de longue durée peuvent être réhabilités et renvoyés à la maison. Par voie de conséquence, il est logique d'instituer un essai de réadaptation avant d'envisager l'admission à un établissement de soins de longue durée, et ce, dans la plupart des cas.

OUTILS D'EVALUATION GERIATRIQUE

par

Dr John A.H. Puxty

Mars 1989
Conseil consultatif national sur le troisième âge

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	97
DIFFICULTES DE L'EVALUATION DES PERSONNES AGEES	97
ELEMENTS DE L'EVALUATION GERIATRIQUE	98
CHOIX D'UN INSTRUMENT D'EVALUATION	106
RECOMMANDATIONS CONCERNANT DES OUTILS PARTICULIERS D'EVALUATION A DES FINS DE DEPISTAGE EN GERIATRIE	112
RESUME	118

INTRODUCTION

DIFFICULTES DE L'EVALUATION DES PERSONNES AGEES

Au Canada, le nombre d'aînés croît à un rythme exceptionnellement rapide. Le vieillissement est généralement associé à la diminution des réserves fonctionnelles de divers organes et systèmes. Malheureusement, une proportion importante des aînés souffre de plusieurs maladies, de handicaps importants et de dépendance. Une maladie aiguë qui se produit chez une personne âgée ayant des antécédents de troubles chroniques pourra occasionner une décompensation de plusieurs systèmes vulnérables, ce qui donnera un tableau clinique complexe. L'usage de plusieurs médicaments est malheureusement répandu et peut hâter la maladie et/ou en modifier les manifestations.

Il est possible de faire certaines généralisations sur la manifestation des maladies chez les personnes âgées, entre autres:

i) Les problèmes médicaux ont tendance à être plus complexes, et les individus sont sujets à voir leur état décliner davantage et à contracter des maladies additionnelles.

ii) Les manifestations des maladies sont souvent atypiques et imprécises. Ces manifestations comportent souvent des changements au niveau de la cognition, de l'affect, de la continence, des chutes et des insuffisances fonctionnelles.

iii) Les personnes âgées sont particulièrement sujettes aux maladies iatrogéniques.

iv) Les facteurs sociaux et environnementaux sont d'une importance critique pour déterminer le type et l'ordre d'apparition des manifestations cliniques.

ELEMENTS DE L'EVALUATION GERIATRIQUE

La nature et le contenu des évaluations gériatriques varient selon le but de chaque évaluation. L'évaluation visera parfois à réunir des données de base, par exemple pour déterminer si un établissement convient aux besoins de l'individu. Il est probable qu'en de tels cas on exigerait une évaluation multidimensionnelle détaillée et standardisée, orientée vers les capacités fonctionnelles et le comportement plutôt que vers le diagnostic. En d'autres occasions, l'évaluation pourra viser à influencer des décisions cliniques. En ce cas on pourrait

effectuer des évaluations plus courtes et d'orientation plus précise, en recourant par exemple à un questionnaire de dépression.

Il arrive assez souvent que l'évaluation débute avec une approche de recherche de cas utilisant des instruments et des techniques de dépistage. A partir des conclusions initiales, on entreprend souvent une évaluation plus détaillée. Cette dernière nécessite fréquemment la participation de plusieurs professions, y compris les suivantes: soins infirmiers, audiologie, pharmacologie, psychologie, médecine dentaire, diététique, physiothérapie, ergothérapie, phoniatrie, etc.

L'évaluation générale de la santé physique est presque partie intégrante de l'évaluation gériatrique. En plus des éléments reliés aux maladies aiguës, on cherche à évaluer le contexte dans lequel ces maladies se développent. On accorde souvent une attention particulière aux divers facteurs suivants: l'usage de médicaments vendus avec et sans ordonnance, les antécédents nutritionnels, la consommation d'alcool, les chutes survenues dans le passé, l'incontinence et l'impotence. On cherche généralement à déterminer quels étaient antérieurement les points forts du patient, ses valeurs, sa qualité de vie supposée, sa situation financière, ainsi que les résultats

attendus des soins de santé qui lui sont dispensés. L'examen physique est nécessairement détaillé, mais on porte une attention particulière aux déficiences de la vue, de l'ouïe, du langage et de la cognition, à l'état nutritionnel, à l'humeur ainsi qu'aux facteurs qui contribuent aux chutes et à la difficulté de marcher.

En ce qui concerne la santé mentale, on évalue les états cognitif et émotif ainsi que le comportement. Ces évaluations visent généralement à établir les cas de dépression, de délire et de démence. Ces évaluations requièrent nécessairement une assez grande objectivité.

L'appréciation de la capacité fonctionnelle constitue une partie importante de l'évaluation. Les capacités physiques se rapportent habituellement à l'aptitude des individus à mener les activités de base de la vie quotidienne: prendre un bain, faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes, se déplacer et être continent. Des éléments du bien-être fonctionnel reliés au comportement peuvent également être inclus. Ces éléments nécessitent un niveau élevé de cognition et de jugement et sont habituellement désignés par l'expression "activités de la vie domestique". Ces dernières comprennent la préparation des repas, les achats, le travail ménager, la gestion

financière, la gestion des médicaments, l'utilisation des moyens de transport et du téléphone. Habituellement, une échelle numérique est utilisée pour chaque composante des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, dans le but de quantifier le degré d'indépendance ou d'incapacité fonctionnelle.

Il est nécessaire d'obtenir des précisions sur le réseau de soutien social de l'individu en ce qui concerne son type de domicile et les personnes avec lesquelles il ou elle partage ce domicile. Il est important de recueillir des données auprès des soignants actuels et éventuels, et d'évaluer leur compétence, leur bonne volonté à dispenser des soins ainsi que l'acceptation de ces personnes par les aînés. Ces informations doivent être situées dans le contexte du milieu physique du patient. Une visite à domicile est souvent utile, par exemple pour identifier des éléments dangereux tels un éclairage insuffisant, des surfaces glissantes, des meubles encombrants, etc. On tente généralement d'évaluer à quel point les aînés prennent plaisir à vivre ainsi que les stress possiblement vécu par les soignants.

Les services d'évaluation gériatrique ont à prendre des décisions difficiles: qui devraient-ils rejoindre, et quels seraient les meilleurs endroits et les meilleurs moments pour effectuer les évaluations. A l'heure actuelle, ces services sont

relativement rares et doivent être utilisés de façon optimale. L'une des approches consiste à mettre l'accent sur des domaines particuliers tels l'hospitalisation des aînés souffrant de maladies aiguës.

Pour tous les groupes d'âge, l'admission à l'hôpital est un événement traumatisant. Plusieurs enquêtes ont cependant démontré que les aînés s'en tirent moins bien que les autres groupes et présentent des taux de mortalité plus élevés, des séjours plus longs, des risques d'une diminution de l'indépendance et par la suite des taux d'institutionnalisation plus élevés. Les aînés admis à l'hôpital pourraient être proposés comme groupe cible pour l'évaluation gériatrique et le traitement. Cependant, on constate généralement que les aînés représentent presque la moitié des cas d'hospitalisation, et qu'il ne serait pas réaliste de proposer qu'un gériatre voie chacun des aînés admis à l'hôpital. Il semble heureusement que seule une minorité d'aînés risquent de subir des effets négatifs d'une hospitalisation. Ainsi sur une population de 63 000 aînés, environ 6 000 d'entre eux utiliseront plus de 50 p. 100 de tous les jours-lits aux soins impératifs. Il devient donc plus réaliste de suggérer que les services gériatriques pourraient jouer un rôle important dans l'évaluation de ces personnes et l'orientation de la gestion des soins dont ils ont besoin.

Par conséquent, il devient important d'identifier ces utilisateurs à risque élevé avant qu'ils ne subissent les conséquences négatives de l'hospitalisation. Certaines caractéristiques de ces individus ont souvent été décrites, dont les suivantes: plus de 75 ans, de sexe féminin, vivant seul(e) ou en établissement, hospitalisations antérieures, diagnostics et médicaments multiples, chutes, immobilité et confusion. Il semble donc raisonnable de proposer que de tels critères soient inclus dans un instrument de dépistage d'orientation précise, afin d'identifier les aînés qui sont susceptibles de bénéficier d'une évaluation gériatrique complète.

L'exemple ci-dessus ne représente qu'une des raisons pour lesquelles on est de plus en plus intéressé à utiliser des instruments d'évaluation reproductibles, normalisés et structurés. De façon plus générale, une telle approche normalisée viserait à:

1. Assurer une uniformité au niveau des évaluations. Les connaissances techniques et l'expérience des individus peuvent être différentes, ce qui introduit une distorsion dans leur évaluation subjective. L'utilisation d'une échelle appliquée de façon uniforme, comportant une bonne

fidélité d'un observateur à l'autre, minimise une telle distorsion.

2. Améliorer ou orienter les efforts de diagnostic. Les évaluateurs craignent parfois de négliger des domaines importants tels l'évaluation sensorielle, l'état nutritionnel, les ressources financières et le milieu de vie. Une évaluation structurée évite ce problème et peut servir d'outil de sélection pour des évaluations plus détaillées dans des domaines qui présentent des problèmes. Dans d'autres cas, la maladie peut se manifester de façon non spécifique, par exemple par une dépendance plus grande qui, si elle n'est pas aiguë, peut par erreur être attribuée au vieillissement. Une évaluation structurée à des fins de dépistage peut révéler des aspects atypiques et attirer l'attention vers les problèmes véritables.

3. Prédire les résultats. Dans des situations où les ressources sont insuffisantes, on cherche parfois à identifier les personnes qui sont le plus susceptibles de bénéficier de ces ressources. Cette démarche peut être particulièrement utile lorsque divers types de programmes de traitement, adaptés à des besoins divers, sont offerts.

4. Surveiller les changements cliniques pendant une période de temps afin d'orienter le choix d'évaluations supplémentaires ou d'interventions visant à rétablir et à maintenir la santé. Plusieurs programmes de traitement destinés aux aînés doivent être individualisés tant au début que pendant une période de temps. Des mesures objectives successives permettent d'évaluer des éléments particuliers du traitement à mesure que des changements sont apportés.

5. Recommander une planification des placements et des sorties qui réponde aux besoins. Des mesures objectives du fonctionnement de l'individu pendant une période stable, peut permettre de prédire plus précisément ses besoins de soutien. L'évaluation peut également signaler des éléments qui, une fois traités, peuvent diminuer le besoin d'institutionnalisation.

6. Dans certains cas, les données de l'évaluation peuvent constituer le fondement permettant de planifier de nouveaux programmes et de prévoir les besoins de main-d'oeuvre.

7. L'introduction d'évaluations régulières peut fournir une orientation pour les modèles d'enseignement et les discussions sur la modification des politiques. L'utilisation de méthodes d'évaluation communes peut faciliter grandement la communication et la compréhension entre des évaluateurs ayant des acquis différents.

CHOIX D'UN INSTRUMENT D'EVALUATION

Pour choisir un instrument d'évaluation, il est de toute première importance de déterminer dans quel but cet instrument sera utilisé. Il est illogique, par exemple, d'utiliser un instrument multidimensionnel qui sert à recueillir des données sur les soutiens sociaux ou l'état émotif lorsque la principale question en cause se rapporte à l'impact d'un programme de réadaptation sur une mesure précise du fonctionnement d'un membre. Si toutefois le but est d'évaluer les besoins en ce qui concerne la planification des sorties, de telles informations deviennent très pertinentes.

Une fois les buts précisés, il est essentiel de passer en revue les informations sur les instruments qui ont été utilisés avec des populations semblables à celle qui doit être étudiée.

Lorsqu'un instrument a été mis au point et validé auprès d'une population mais qu'il doit être utilisé avec un groupe tout à fait différent, sa validité dans cette situation pourra être douteuse. On ne peut donc appliquer à des populations d'aînés des instruments qui ont été créés pour des populations jeunes, sans risquer que surviennent des problèmes d'interprétation. Les différences culturelles et linguistiques font que, même avec des populations d'âge semblable, il est manifestement difficile d'extrapoler.

La question du milieu clinique dans lequel l'instrument d'évaluation sera utilisé est reliée à celle des objectifs. Les contraintes de temps et d'espace peuvent limiter ce qui peut être accompli. Une évaluation multidimensionnelle d'une durée d'environ 40 minutes pourrait être inadéquate pour des personnes malades ou de santé fragile. Dans ce contexte, des instruments qui sont auto-administrés et qui peuvent être remplis en quelques minutes présentent des avantages évidents.

Le fait que le patient âgé accepte une évaluation est souvent relié au temps requis pour la terminer et à la complexité des questions ou des éléments mesurés. En règle générale, lorsque les évaluations nécessitent plus d'une heure d'examen à la fois, les aînés opposent une résistance croissante et la

qualité des données commence à décroître. Il est également nécessaire que les évaluateurs voient une certaine utilité à l'évaluation. Le personnel qui applique un instrument sans conviction obtient généralement de moins bons résultats qu'un personnel enthousiaste.

Le choix de l'évaluateur et la méthode d'utilisation peuvent également affecter les résultats obtenus. L'évaluateur peut, sans le vouloir, en suggérant des réponses ou en donnant des indices, fausser les réponses. Il est donc nécessaire de maintenir une uniformité d'évaluation pendant tout l'enquête individuelle. Il est reconnu, par exemple, que l'évaluation que le patient fait de sa propre capacité est souvent plus élevée que l'évaluation de l'infirmière, alors que celle de la famille est souvent encore plus faible que celle de l'infirmière. La raison de cette divergence est peut-être due au désir normal de l'aîné(e) de retourner à la maison, ce qui colore son rapport d'optimisme. La famille, préoccupée de la vulnérabilité de son parent âgé, pourra exagérer dans le sens opposé.

Le clinicien doit tenir compte de tous ces facteurs pour décider quels seront les instruments adéquats à utiliser à des fins cliniques. Le clinicien doit souvent choisir d'utiliser un

instrument d'évaluation multidimensionnel ou un ensemble de divers instruments plus restreints.

Les instruments multidimensionnels offrent l'avantage de réunir des renseignements potentiellement importants dans plusieurs domaines et ce, dans un instrument normalisé. Malheureusement, ces instruments sont souvent créés pour une population précise et dans un but particulier. Ils ont tendance à être rigides car la modification ou le retrait de variables peut altérer leur validité, en particulier dans le cas des notes d'évaluation résumées. L'utilisateur doit donc souvent rassembler un ensemble important de renseignements sur chaque patient évalué. Pour être utilisés, ces instruments nécessitent souvent une formation assez longue du personnel. Ils tendent à être plus utiles dans une situation stable où il y a peut-être lieu de prendre une décision relative au placement.

En général, les instruments plus courts à orientation précise, tels les questionnaires sur l'état psychique et les échelles d'activités de la vie quotidienne, sont les plus utiles dans des conditions cliniques changeantes. Ces échelles ont souvent une validité clinique plus grande et sont plus facilement acceptées et reconnues par le personnel clinique. De plus, l'utilisation d'instruments plus courts peut plus facilement être

structurée en fonction des besoins des patients âgés et de santé fragile. Ces instruments requièrent souvent une formation moins compliquée et peuvent être utilisés par une plus grande variété d'évaluateurs. Les échelles d'auto-évaluation pourraient être incluses dans cette catégorie, et la simplicité de leur utilisation en font un outil intéressant. Bien sûr, on ne les utilise que dans des cas de communication insuffisante ou de confusion.

Il est donc improbable qu'un seul instrument réponde à toutes les exigences de l'évaluation gériatrique. Divers facteurs influenceront le choix du type d'instrument qui sera utilisé, par exemple les caractéristiques du groupe d'aînés à évaluer, leurs systèmes sociaux, le lieu de l'évaluation ainsi que le but qui motive la décision. L'un des premiers objectifs de l'évaluation gériatrique devrait bien sûr consister à identifier les problèmes qui subsistent et à les résoudre à l'aide d'évaluations supplémentaires appropriées et de traitements visant à améliorer le fonctionnement de la personne âgée. Il semble donc raisonnable de suggérer que des instruments ayant une fonction de dépistage soient utilisés pour l'évaluation gériatrique, et qui permettront d'effectuer des évaluations plus détaillées.

Les caractéristiques souhaitables d'un instrument à envisager comme outil de dépistage pour l'évaluation gériatrique sont les suivantes:

1. L'instrument devrait être largement reconnu et avoir été utilisé auprès de groupes gériatriques, idéalement dans des milieux divers. On devrait disposer de données de fidélité et de validité sur ces populations de divers milieux gériatriques.

2. Les instruments devraient pouvoir établir une distinction entre des conditions qui autrement pourraient être confondues. Ils devraient également indiquer les changements au niveau de la gravité du problème au cours d'une période de temps.

3. L'instrument devrait avoir une utilité clinique pour la pratique de la gériatrie.

4. L'instrument devrait être acceptable aussi bien pour le client que pour le personnel.

5. L'évaluation devrait être de courte durée et aussi concise

que possible afin d'en faciliter l'utilisation et d'en accroître l'acceptabilité.

6. Idéalement, une variété de personnes devrait pouvoir utiliser l'instrument, et une formation uniformisée devrait être disponible.

7. Etant donné la diversité des cultures qui existent au Canada, il est souhaitable que l'instrument ait été utilisé auprès de plusieurs cultures et qu'il soit disponible au moins dans les deux langues officielles.

8. Les instruments devraient permettre d'orienter le client vers des évaluations et des traitements plus approfondis, qui correspondent à ses besoins.

9. Il est préférable d'utiliser des instruments comportant une évaluation chiffrée, afin d'en faciliter l'analyse.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT DES OUTILS PARTICULIERS D'EVALUATION A DES FINS DE DEPISTAGE EN GERIATRIE

Etant donné qu'aucun instrument ne peut inclure tous les domaines de l'évaluation gériatrique et comporter toutes les

caractéristiques ci-dessus, il est nécessaire de recourir à plusieurs outils pour effectuer une évaluation gériatrique. Il semble raisonnable d'envisager l'utilisation d'outils d'évaluation dans les domaines suivants: la cognition, la dépression, les activités de la vie quotidienne, l'évaluation du comportement et la qualité de la vie.

Après avoir passé en revue plusieurs courts instruments d'évaluation de l'état psychique, on peut recommander d'examiner le questionnaire de Folstein ou celui intitulé Short Portable Mental Status Questionnaire. Une sensibilité et une spécificité acceptables ont été attribuées au questionnaire de Folstein. On dispose de données obtenues auprès de diverses populations gériatriques, dans divers milieux. On peut cependant émettre des réserves quant à la brièveté des instructions qui sont fournies, notamment pour chiffrer les évaluations. On pourrait également dire que l'instrument a le défaut de ne pas relever les cas légers. Pour le moment, il est cependant raisonnable d'en recommander l'usage, à condition que les aspects formation et instructions soient développés avec plus de précision. L'instrument intitulé Portable Mental Status Questionnaire, introduit à l'origine par Pfeiffer dans l'étude de l'OARS, serait également un instrument acceptable. Ce questionnaire comporte

dix courtes questions et peut généralement être rempli en cinq minutes. Il a cependant le défaut de ne porter que sur la mémoire et l'orientation.

Une variété d'instruments visant à évaluer l'état de dépression chez les personnes âgées ont été décrits et utilisés. Récemment, l'auteur a passé en revue les écrits disponibles sur le sujet, et a étudié 16 instruments qui ont été décrits depuis 1965. Plusieurs d'entre eux ont été exclus à cause de l'absence de données chez des populations âgées, du temps requis pour les effectuer ou de la nécessité d'une formation spéciale pour les administrer. Parmi les cinq restants (l'échelle d'auto-évaluation de la dépression de Zung, le questionnaire de dépression de Beck, l'échelle de dépression gériatrique de Yesavage, l'instrument intitulé Older American Resources Instrument ainsi que la liste d'agitation et de dépression de Lubin), on a jugé que seulement deux d'entre eux, soit ceux de Zung et de Yesavage, répondaient à la plupart des critères d'un instrument de dépistage. On a relevé des incertitudes quant à la spécificité de l'échelle de Zung chez les personnes âgées. L'échelle de dépression gériatrique de Yesavage a donc finalement été recommandée comme étant le meilleur instrument. Les données dont on dispose suggèrent que la version comportant 15 questions

qui a été décrite récemment est aussi valable que la version originale de 30 questions.

Il existe un grand nombre d'échelles visant à évaluer les activités de la vie quotidienne. Cependant, un très petit nombre d'entre elles peuvent être considérées comme répondant à la plupart des critères d'un instrument de dépistage gériatrique cités ci-dessus. Une analyse de plusieurs de ces instruments a suggéré que trois d'entre eux sont les plus susceptibles d'être utilisés: l'index Barthel modifié, l'échelle de l'évaluation rapide de l'incapacité ainsi que celui intitulé Philadelphia Geriatric Physical Center Maintenance and Instrumental Activities of Daily Living Scales. Les deux instruments signalés par Lawton et al. (1982) du Philadelphia Geriatric Center, soit l'échelle d'activités de la vie quotidienne et l'échelle d'activités de la vie domestique (Instrumental Activities of Daily Living), répondent à la plupart des critères établis dans cette analyse. Il est donc recommandé d'envisager leur utilisation comme instruments d'évaluation normalisés à des fins de dépistage dans les centres gériatriques.

L'évaluation du fardeau qui incombe aux soignants a malheureusement été négligée en comparaison avec d'autres secteurs d'évaluation. L'instrument intitulé Zarit Burden Scale

a été créé pour les soignants des clients souffrant de démences de type Alzheimer. L'échelle mesure comment la personne soignante perçoit la santé, le bien-être psychologique, les aspects sociaux et financiers de la vie du patient ainsi que sa relation avec ce dernier. On a tenté de valider les résultats en fonction des perceptions d'un soignant, et un coefficient d'objectivité acceptable a été obtenu. Une autre possibilité à envisager est le Robinson's Caregiver Strain Index, qui vise à évaluer l'impact des soins dispensés aux aînés dans la communauté après une hospitalisation. Comme le choix d'instruments est très limité, il est difficile pour le moment d'en recommander un. Mais selon les besoins de la situation, on pourra envisager d'utiliser l'un des deux instruments mentionnés ci-dessus.

Les échelles de qualité de vie comportent des problèmes semblables à ceux de l'indice du fardeau des soignants. Les quatre instruments suivants pourraient être étudiés: Quality of Life Index de Spitzer (1980), Four Single Item Indicators of Well-Being d'Andrews (1976), Life Satisfaction Index de Neugarten et Havighurst (1961), et le Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton (1972). Ces quatre échelles sont prometteuses.

L'instrument intitulé Life Satisfaction Index a été créé pour évaluer les sentiments de bien-être général chez les personnes âgées, comme mesure d'une vieillesse heureuse. Le

Four Single Items Indicators of Wellness semble plus approprié pour les relevés de population. Le Philadelphia Geriatric Center Morale Scale est conçu pour évaluer l'adaptation émotive des personnes âgées de 70 à 90 ans. On affirme qu'il peut être utilisé aussi bien avec des personnes résidant dans la communauté qu'en établissement. Il existe des données suffisantes qui suggèrent que cet instrument est fiable et uniforme.

Le Spitzer Quality of Life Index évalue le bien-être général des patients souffrant de cancer et d'autres maladies chroniques. A l'origine, il visait à évaluer les effets des programmes de traitement et de soutien. C'est un instrument pratique, bref et facile à administrer tout en ayant de grandes possibilités d'application. Il a été reconnu comme acceptable par les cliniciens et les clients. Il a été utilisé auprès d'une grande variété de populations et de cultures, et semble particulièrement approprié à une population d'aînés malades. De ce fait, il convient aux besoins de l'évaluation gériatrique. Et comme il ne comporte que cinq éléments à évaluer en comparaison avec les 22 éléments du Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton, il a l'avantage d'être relativement bref.

RESUME

Au cours des dernières années, il a semblé nécessaire d'accorder une importance particulière à l'évaluation multidimensionnelle des aînés. On a de plus en plus tendance à utiliser pour ces évaluations des instruments ou des questionnaires normalisés et structurés. Pour décider lequel de ces divers outils choisir, il y a lieu d'étudier attentivement quels sont les objectifs de la collecte de données. Le choix entre les avantages d'un seul instrument multidimensionnel et ceux de plusieurs outils plus courts et normalisés dépendra de divers facteurs. Pour le dépistage normalisé, on pourra envisager les instruments suivants: Mini-Mental State Examination de Folstein, Yesavage Shortened Geriatric Depression Scale, l'échelle des activités de la vie quotidienne de Lawton, Zarit Family Burden Scale ou Robinson's Caregiver Strain Index, et le Quality of Life Index de Spitzer.

Annexe A

HOPITAUX ET CENTRES HOSPITALIERS CANADIENS OFFRANT DES SERVICES D'EVALUATION GERIATRIQUE

Suit une liste d'hôpitaux et de centres hospitaliers canadiens ayant indiqué que leur service de gériatrie incluait une composante d'évaluation. La liste a été produite à partir des résultats d'une enquête de l'Association des hôpitaux du Canada touchant aux services gériatriques. Elle ne prétend pas être exhaustive.

ALBERTA

Hôpital Alberta
17480, rue Fort
Edmonton (Alb.)
T5J 2J7

Hôpital Alberta
C.P. 1000
Ponoka (Alb.)
T0C 2H0

Hôpital Général Athabasca
C.P. 240
Athabasca (Alb.)
T0G 0B0

Centre de soins de Bethany
916 - 18A, Street n.o.
Calgary (Alb.)
T2N 1C6

Hôpital Général de Calgary
841 est, avenue Centre
Calgary (Alb.)
T2E 0A1

Centre de soins de santé de Coaldale
C.P. 1268
Coaldale (Alb.)
T0K 0L0

Hôpital Cold Lake Regional, Long Term Care
Service postal A
Cold Lake (Alb.)
T0A 0V0

Hôpital Colonel Belcher (Calgary district Hospital Group)
1213 - 4th Street, s.o.
Calgary (Alb.)
T2R 0X7

Hôpital Coronation Paintearth Auxiliary & Nursing Home
Sac de courrier 500
Coronation (Alb.)
T0C 1C0

Centre de soins de santé Crowsnest Pass
C.P. 510
Blairmore (Alb.)
T0K 0E0

ALBERTA

Drayton Valley & District Health Complex
C.P. 838
Drayton Valley (Alb.)
T0E 0M0

Drumheller Regional Health Complex
C.P. 4500
Drumheller (Alb.)
T0J 0Y0

Hôpital Glenrose Rehabilitation
10230 - 111 avenue
Edmonton (Alb.)
T5G 0B9

Hôpital Good Samaritan Auxiliary
9649 - 71 avenue
Edmonton (Alb.)
T6E 5J2

Innisfail Health Care
C.P. 250
Innisfail (Alb.)
T0M 1A0

Hôpital Municipal Auxiliary
C.P. 310
Cardston (Alb.)
T0K 0K0

Hôpital Général d'Oilfields
Sac No. 1
Black Diamond (Alb.)
T0L 0H0

Hôpital Général de Ponoka
C.P. 699
Ponoka (Alb.)
T0L 2H0

Hôpital Queen Elizabeth II
Mackenzie Place
Sac de courrier 26
10409 - 98 Street
Grande Prairie (Alb.)
T8V 2E8

Hôpital Rocky Mountain House General and Auxiliary
Boîte 940
Rocky Mountain (Alb.)
T0M 1T0

Hôpital Royal Alexandra, Social Service Dept.
10240, avenue Kingsway
Edmonton (Alb.)
T5H 3V9

Hôpital Général St. Joseph's
C.P. 490
Vegreville (Alb.)
T0B 4L0

Taber and District Health Care Complex
C.P. 939
Taber (Alb.)
T0K 2G0

Hôpital Vegreville Auxiliary and Nursing Home
Boîte 959
Vegreville (Alb.)
T0B 4L0

Youville Geriatric Services
Hôpital Général d'Edmonton
11111, avenue Jasper
Edmonton (Alb.)
T5K 0L4

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Hôpital Chemainus
Boîte 499
Chemainus (C.-B.)
V0R 1K0

Hôpital Greater Victorian Society
a/s Gorge Road Hospital
63 est, rue Gorge
Victoria (C.-B.)
V9A 1L2

Hôpital Holy Family
7801, rue Argyle
Vancouver (C.-B.)
V5P 3L6

Hôpital Janu de Fuca Society
1450 avenue Hillside
Victoria (C.-B.)
V8T 2B7

Hôpital Matsqui-Sumas-Abbotsford General
Extended Care/Discharge
Planning Unit
2179, rue McCallum
Abbotsford (C.-B.)
V2S 3P1

Hôpital Riverview
500, Lougheed Highway
Port Coquitlan (C.-B.)
V3C 4J2

Stat Centre, Hôpital Général de Vancouver
855 ouest, 12e avenue
Vancouver, (C.-B.)
V5Z 1M9

MANITOBA

Brandon Mental Health Centre
Boîte 420
Brandon (Man.)
R7A 5Z5

Deer Lodge Centre Inc.
2109, avenue Portage
Winnipeg (Man.)
R3J 0L3

Eden Mental Health Centre
Boîte 1300
Winkler (Man.)
R0G 2X0

Health Sciences Centre
820, avenue Sherbrooke
Winnipeg (Man.)
R3A 1R9

Melita Health Centre
Boîte 459
Melita (Man.)
R0M 1L0

Hôpital Portage District General
5th street, s.e.
Portage la Prairie (Man.)
R1N 1H3

Hôpital Général Seven Oaks
2300, rue McPhillips
Winnipeg (Man.)
R2V 3M3

Hôpital Général St. Boniface
409, avenue Tackle
Winnipeg (Man.)
R2H 2A6

MANITOBA

Hôpital Winnipeg Municipal
1, avenue Morley
Winnipeg (Man.)
R3L 2P4

NOUVEAU-BRUNSWICK

Hôpital Régional Chaleur
1750, rue Sunset
Bathurst (N.-B.)
E2A 4A4

Hôpital Régional d'Edmunston
54, 21e avenue
Edmunston (N.-B.)
E3V 2C1

Hôpital de Moncton
135, avenue MacBeath
Moncton (N.-B.)
E1C 6Z8

Hôpital Oromocto Public
103, rue Winnegabo
Oromocto (N.-B.)
E2V 1C6

Hôpital Régional Saint John
C.P. 2100
Saint John (N.-B.)
E2L 4L2

TERRE NEUVE

The Leonard A. Miller Centre for Health Services
100, rue Forest
St. John's (T.-N.)
A1A 1E5

Hôpital Salvation Army Grace General
241, rue LaMarchant
St. John's (T.-N.)
A1E 1P9

Hôpital Waterford
rue Waterford Bridge
St. John's (T.-N.)
A1E 4J8

Hôpital Régional Western Memorial
C.P. 2005
Corner Brook (T.-N.)
A2H 6J7

NOUVELLE-ECOSSE

Hôpital Camp Hill
1763, rue Robie
Halifax (N.-E.)
B3H 3G2

Hôpital Nova Scotia
C.P. 1004
Dartmouth (N.-E.)
B2Y 3Z9

Hôpital St. Martha's
Antigonish (N.-E.)
B2G 2G5

ONTARIO

Hôpital Général Almonte
75, rue Spring
Carleton (Ont.)
K0A 1A0

Hôpital Général Atikokan
120, rue Dorothy
Atikokan (Ont.)
P0T 1C0

Centre Hospitalier Mémorial de Cambridge
700, boul. Coronation
Cambridge (Ont.)
N1R 3G2

Hôpital Centenary
Dept of Continuing Care
2867, rue Ellesmere
Scarborough (Ont.)
M1E 4B9

Centre de santé Elisabeth Bruyère
43, rue Bruyère
Ottawa (Ont.)
K1N 5C8

Hôpital Général Greater Niagara
C.P. 1018
Niagara Falls (Ont.)
L2E 6X2

Hôpital de Freeport
3570, rue King e.
Kitchener (Ont.)
N2A 2W1

Centre régional de soins de santé Grey-Bruce
1400 - 8^{e} rue est
Owen Sound (Ont.)
N4K 6M9

Hôpital Général de Hawkesbury
1111, rue Ghislain
Hawkesbury (Ont.)
K6A 3G5

Hôpital Mémorial Joseph Brant
1230 boul. North Shore
Burlington (Ont.)
L7R 4C4

Hôpital Laurentian
41, rue Ramsey Lake
Sudbury (Ont.)
P3E 5J1

Hôpital Général Laverendrye
110, avenue Victoria
Fort Frances (Ont.)
P9A 2B7

ONTARIO

Hôpital Mississippi
100 ouest, le Queensway
Mississauga (Ont.)
L5B 1B8

Centre médical de la Défense nationale
1745, rue Alta Vista
Ottawa (Ont.)
K1A 0K2

Hôpital Général North York
Seniors' Health Centre
2, Buchan Court
North York (Ont.)
M2J 5A3

Hôpital Civic d'Ottawa
Unité d'évaluation gériatrique
1053, avenue Carling
Ottawa (Ont.)
K1Y 4E9

Hôpital Général d'Ottawa
501, chemin Smyth
Ottawa (Ont.)
K1H 8L6

Hôpital Parkwood
801 est, rue Commissionners
London (Ontario)
N6C 5J1

Hôpital Montfort
Pavillon de la Sagesse
713, chemin Montréal
Ottawa (Ont.)
K1K 0T2

Hôpital Général de Pembroke
705, rue McKay
Pembroke (Ont.)
K8A 1G8

Hôpital Général de Penetanguishene
25, rue Jeffery
Penetanguishene (Ont.)
L0K 1P8

Hôpital Général Public
106, rue Emma
Chatham (Ont.)
N7L 1A8

Hôpital Queen Elizabeth
550, avenue University
Toronto (Ont.)
M9P 3T8

Hôpital Ronnymede
274, rue St. John's
Toronto (Ont.)
M6P 1V5

Hôpital Général de Sarnia
220, rue Mitton n.
Sarnia (Ont.)
N6T 6H6

Hôpital Communautaire de Smiths Falls
South Unit
35, rue Elmsley
Smiths Falls (Ont.)
K7A 2G6

Centre de santé St. Joseph de London
C.P. 5777
London (Ont.)
N6A 4L6

Hôpital St. Joseph
301 sud, rue James
Hamilton (Ont.)
L8P 3B6

ONTARIO

Hôpital St. Michaels
Providence Villa and Hospital
(SMH) - 30, rue Bond
Toronto (Ont.)
M5B 1W3
(PVH) - 3276, avenue
St Clair e.
Scarborough (Ont.)
M1L 1W1

Hôpital St. Peter's
88, avenue Maplewood
Hamilton (Ont.)
L8M 1W9

Hôpital St. Vincent
60, rue Cambridge
Ottawa (Ont.)
K1R 7A5

Centre Médical Synnybrook
2075, avenue Bayview
Toronto (Ont.)
M4N 3M5

Hôpital Général de Whitby
rues Victoria et Gordon
Whitby (Ont.)
L1S 5T2

Centre Hospitalier de Windsor
1453, rue Prince
Windsor (Ont.)
N9C 3Z4

Hôpital Sydenham District
325, avenue Margaret
Williamsburg (Ont.)
N8A 4L1

ILE DU PRINCE EDOUARD

Hôpital Queen Elizabeth
Boîte 6600, route Riverside
Charlottetown (I.-P.-E.)
C1A 8T5

QUEBEC

Centre Hospitalier Côte-des-Neiges
4565, chemin Reine-Marie
Montréal (Qc)
H3W 1W5

Centre Hospitalier Courchesne
383, chemin Sainte-Foy
Québec (Qc)
G1S 2J1

Centre Hospitalier de Granby
205, boul. Leclerc
Granby, (Qc)
J2G 1T7

Centre Hospitalier de Lachine
650, 16e avenue
Lachine (Qc)
H8S 3N5

Centre Hospitalier de Valleyfield
150, rue St. Thomas
Valleyfield (Qc)
J6T 6C1

Centre Hospitalier Jonquière
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Qc)
G7X 7X2

QUEBEC

Centre Hospitalier Pierre Boucher
1333 est, boul. Jacques Cartier
Longueuil (Qc)
J4M 2A5

Centre Hospitalier Régional de l'Outaouais
116, rue Lionel Emond
Hull (Qc)
J8Y 1W7

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
3001, 12ième avenue nord
Fleurimont (Qc)
J1H 5N4

Centre Hospitalier Notre-Dame de la Merci
555 ouest, boul. Gouin
Montréal (Qc)
H3L 1K5

Cité de la Santé de Laval
1755, boul. René Laennec
Vimont (Qc)
H7M 3L9

Hôpital du Haut-Richelieu
920, boul. du Séminaire
Saint-Jean (Qc)
J3A 1B7

Hôpital d'Youville de Sherbrooke
1036 sud, rue Belvédère
Sherbrooke (Qc)
J1H 4C4

Hôpital de l'Enfant Jésus
1401, 18^{e} rue
Québec (Qc)
G1J 1Z4

Hôpital Général de la Région de l'Amiante Inc.
1717 nord, rue Notre-Dame
Thetford Mines (Qc)
G6G 2V4

Hôpital Général de Québec
260, boulevard Langelier
Québec (Qc)
G1K 5N1

Hôpital Jean-Talon
1385 est, rue Jean-Talon
Montréal (Qc)
H2E 1S6

Hôpital Ste Anne
305, rue St Pierre
Ste-Anne-de-Bellevue (Qc)
H9X 1Y9

Hôpital Ste Croix
570, rue Hériot
Drummondville (Qc)
J2B 1C1

Hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska
5, rue des Hospitalières
Arthabaska (Qc)
G6P 6N2

Hôpital Hôtel-Dieu de Montmagny
350 ouest, boul. Taché
Montmagny (Qc)
G5V 3R8

Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Qc)
H2W 1T8

QUEBEC

Hôpital Hôtel-Dieu de Roberval
140, avenue Lizotte
Roberval (Qc)
G8H 1B9

Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
290, rue Montigny
Saint-Jérôme (Qc)
J7Y 5T3

Centre Hospitalier Kaleri
C.P. 10
Kahnawake (Qc)
J0L 1B0

Hôpital Général de Montréal
1650 avenue Cedar
Montréal (Qc)
H3G 1A4

Hôpital Queen Elizabeth de Montréal
2100, avenue Marlowe
Montréal (Qc)
H4A 3L6

Hôpital Royal Victoria
687 ouest, avenue Pine
Montréal (Qc)
H3A 1A1

Centre Hospitalier St Mary's
3830 avenue Lacombe
Montréal (Qc)
H3T 1M5

SASKATCHEWAN

Hôpital Bienfait Coalfields Union
Bienfait (Sask.)
S0C 0M0

Hôpital Kerrabert Union
Boîte 320
Kerrabert (Sask.)
S0L 1R0

Hôpital Général de Régina
Régina Assessment and Placement
1440 - 14^{e} avenue
Régina (Sask.)
S4P 0W5

St. Joseph's Hospital of Estevan Day Hospital
1401 - 1st Street
Estevan (Sask.)
S4A 0H3

Hôpital St. Peter's
C.P. 1810
Melville (Sask.)
S0A 2P0

Annexe B

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER SUR

L'EVALUATION GERIATRIQUE

LE 25-26 septembre 1988

D^{r} Michel Baron
Président
Société canadienne de gériatrie
Faculté de Médecine
Université de Sherbrooke
2500, boul. Université
Sherbrooke (Qc)
J1K 2R1

D^{r} Lynn Beattie
University Hospital
University of British Columbia
2211, Wesbrook Mall
Vancouver (C.-B.)
V6T 2B5

Mme Francine Beauregard
Chef, Projets, Education et Communications
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Mde Sylvie Bérubé
Secrétaire
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

D^{r} Linda Bowring
1277, rue Lang
Sarnia (Ont.)
N7S 3L1

Mde Margery Boyce
Chef de cabinet
Bureau du ministre d'Etat pour le troisième âge
Place du Portage
140 Promenade du Portage
Phase IV-12^{e} étage
Hull (Qc)
K1A 0J9

Mme Gisèle Brett
Hôpital St-Vincent
60, rue Cambridge nord
Ottawa (Ont.)
K1R 7A5

Mde Alexa Brewer
Analyste des politiques
Politique de la santé
Politique, Communications et Information
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 1465
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Mme Pauline Chartrand
Experte-conseil
Soins prolongés
Services de la santé
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 670
Imm. Jeanne Mance
Ottawa (Ont.)
K1A 1B4

Dr Richard Crilly
Division de la médecine
gériatrique
Université Western Ontario
801 est
rue Commissioners'
London (Ont.)
N6K 1C1

Dr William Dalziel
Chef - Unité d'évaluation
gériatrique
Hôpital Civic d'Ottawa
1053, ave. Carling
Ottawa (Ont.)
K1Y 4P6

Dr Warren Davidson
Chef, Médecine gériatrique
Hôpital de Moncton
135, ave. MacBeth
Moncton (N.-B.)
E1C 6Z8

Mde Carol Donovan
Analyste de programme
Assurance-santé
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 619
Imm. Jeanne Mance
Ottawa (Ont.)
K1A 1B4

Dr Gordon Ferguson
Directeur exécutif
Hôpital Extramural
200 ouest, rue Prospect
Frédéricton (N.-B.)
E3B 2T8

Dr Rory Fisher
Chef, Soins prolongés
Centre médical
Sunnybrook KG321
2075, ave. Bayview
Toronto (Ontario)
M4N 3M5

Mme Susan Fletcher
Directrice
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
KA 0K9

Mme Thérèse Fokes
Agente de liaisosn
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Dr Roy Fox
Chef
Médecine gériatrique
Hôpital Camp Hill
1763, rue Robie
Halifax (N.-E.)
B3H 3G2

Mme Louise Francoeur
Membre
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Dr David Gayton
Directeur
Div. de gériatrique
Hôpital Royal Victoria
687 ouest, ave. Pine
Montréal (Qc)
H3A 1A1

Mde Linda Greenacre
Coordonnatrice principale
Centre Woodroffe
a/s Unité d'évaluation
gériatrique
Hôpital Civic d'Ottawa
1053, ave. Carling
Ottawa (Ont.)
K1Y 4E9

Dr Cyril Gryfe
17, Paddock Court
Willowdale (Ont.)
M2L 2A7

Mde Signy Hansen
Directrice exécutive
Secrétariat pour le
troisième âge
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 1042
Imm. Jeanne Mance
Ottawa (Ont.)
K1A 1B4

Mde Kathleen Kennedy
Prog. d'autonomie
des aînés
7e étage
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 1B5

Dr James L. Kirkland
Chef, Service de
gériatrie
Hôpital Queen Elizabeth
550, ave. University
Toronto (Ont.)
M5G 2A2

Dr Catherine Kissel
Hôpital Saint-Luc
1058, rue St-Denis
Montréal (Qc)
H2X 3J4

Mde Esther Kwavnick
Directrice
Programme Nouveaux
Horizons
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 722
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Dr Charlotte Matthews
Présidente
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Dr Catherine McCourt
Association médicale
canadienne
1867, prom. Alta Vista
Ottawa (Ont.)
K1G 3Y6

Dr Peter McCracken
Professeur en médecine
gériatrique
Université d'Alberta
Chef de clinique
Div. de médecine
gériatrique
Hôpital Général d'Edmonton
11111, ave. Jasper
Edmonton (Alb.)
T5K 0L4

Dr Paul McGann
Hôpital St Mary's
C.P. Box 3600
Kingston (Ont.)
K7L 5A2

Mlle Madge McKillop
Membre
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Mde Denise Michaud
Adjointe spéciale
Bureau du ministre
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 1632
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 1B5

Mde Ruth Milne
Infirmières de l'Ordre de
Victoria du Canada
Hamilton-Wentworth Branch
414 nord, ave. Victoria
Hamilton (Ont.)
L8L 5G8

Dr Jacques Morin
Chef de service
Hôpital de l'Enfant-Jésus
1401 - 18e rue
Québec (Qc)
G1J 1Z4

Mde Lise Mullan
Chef, Services de
réhabilitation
Baycrest Centre for
Geriatric Care
3560, rue Bathurst
Toronto (Ont.)
M6A 2E1

Mme Diane Parker-Taillon
Prog. de Physiothérapie
Université d'Ottawa
451, rue Smythe
Ottawa (Ont.)
K1H 8M5

Dr Christopher Patterson
Div. médecine gériatrique
Wilcox 2 - Div. Chedoke
Hôpitaux Chedoke-McMaster
C.P. 2000
Station "A"
Hamilton (Ont.)
L8N 3Z5

M Steve Petz
Directeur exécutif
Div. des soins continus
Imm. T.C. Douglas
3475, rue Albert
Régina (Sask.)
S4S 6X6

Dr Colin Powell
Professeur et chef de
médecine gériatrique
Université du Manitoba
Hôpital St Boniface
409, ave. Taché
Winnipeg (Man.)
R2H 2A6

Dr John Puxty
Div. de gériatrie
Hôpital Général d'Ottawa
501, chemin Smythe
Ottawa (Ont.)
K1H 8L6

Dr Duncan Robertson
C.P. 5625
Station "B"
Victoria, (C.-B.)
V8R 6S4

M Luis Rodriguez
Div. de recherches
SCHL, Bureau National
682, chemin Montréal
Ottawa (Ont.)
K1A 0P7

Dr Gilbert M. Rosenberg
Médecin et chef de
médecine gériatrique
Professeur en médecine
Université Queen's
Hôpital St Mary's
of the Lake
C.P. 3600
Kingston (Ont.)
K7L 5A2

Mde Marilyn Sloan
Chef de cabinet
Bureau du Ministre d'Etat
pour le troisième âge
Pièce 310
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Dr May Smith
Experte-conseil en
médecine
Div. des programmes de
recherche extramurale
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 524
Imm. Jeanne Mance
Ottawa (Ont.)
K1A 1B4

Dr Leroy O. Stone
Directeur
Div. des études
démographiques
Statistique Canada
25-Imm. R.H. Coats
Ottawa (Ont.)
K1A 0T6

Mme Judith Stryckman
Chef, Projets spéciaux
CCNTA
Pièce 340
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Mde Susan Williams
Directrice
Div. des politiques
sociales
Santé et Bien-être
social Canada
Pièce 1440
Imm. Brooke Claxton
Ottawa (Ont.)
K1A 0K9

Dr Barry Wilson
Villa Providence
3276 est, ave. St Clair
Scarborough (Ont.)
M1L 1W1